

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE AUPRÈS  
D'ADOLESCENTS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE :  
ÉTUDE PILOTE ET ÉTUDE ÉVALUATIVE

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
ALAIN JANELLE

AVRIL 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»



## REMERCIEMENTS

Cette thèse de doctorat a été réalisée grâce au soutien de plusieurs personnes. J'aimerais débiter en remerciant chacune d'entre elles pour l'aide, les conseils, le support qu'elles m'ont donnés tout au long de ce laborieux parcours.

Je remercie d'abord mon directeur de thèse, Dr Réal Labelle, pour ses précieux conseils, pour la confiance qu'il m'a témoignée, pour les nouveaux horizons qu'il m'a ouverts et pour les multiples opportunités qu'il m'a offertes. Combien de discussions avons-nous eues pour faire avancer ma thèse à toute heure de la journée; les lundis comme les dimanches; de Minneapolis à Paris.

Je désire exprimer ma gratitude envers tous les adolescents et adolescentes qui ont accepté de participer à cette recherche doctorale, et ceci, malgré leur mal-être et leur lutte pour retrouver la lumière dans leur vie. Sans leur courage et leur détermination, ce travail n'aurait pas été possible.

Un merci à l'équipe de la Clinique externe des troubles dépressifs et suicidaires – secteur jeunes de Dre Johanne Renaud et à l'équipe de la Clinique des troubles de l'humeur de Dr Jean-Jacques Breton pour m'avoir permis de réaliser mes recherches dans leurs cliniques. Je tiens à remercier tout spécialement Valentin Mbekou, Theodora Mikedis, Jean-Chysostome Zanga et Cecilia Malinski pour leur chaleur et leur soutien. Je remercie également Diane Longtin pour sa science du mot et pour ses yeux de lynx qui, sans relâche, m'a accompagné dans la rédaction de cette thèse.

Je remercie de tout cœur mes proches qui, durant ces six ans, m'ont accompagné et soutenu avec leur amour et leur amitié. J'exprime ma gratitude à mon conjoint Jérôme qui a été, avec son amour, un bodhisattva, un joyau, un sage et un compagnon aux mille talents. Merci à ma mère Monique, à mon père Jacques et à mes frères pour leur soutien dans mes moments de découragement. Merci à Yeshi lak et à Lhamo lak pour leur amitié, leurs encouragements et leurs doux sourires. Merci à mes amis



Marc, Éric, Arlene et Eugénie d'avoir été source de santé et d'équilibre mental durant cet exercice d'endurance. Un gros merci à mon ami et collègue Antoine pour son aide indéfectible et pour ses judicieux conseils. Finalement, je remercie mes compagnons et compagnes d'étude Geoffrey, Marilou, Natacha et Patrick pour leur aide, nos discussions éclairantes et nos moments de fou rire.

Finalement, cette thèse a été rendue possible par plusieurs organismes subventionnaires. Merci au Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) pour la bourse de doctorat en recherche, au Fonds de recherche du Québec sur la société et la culture (FQRSC) pour la bourse de maîtrise en recherche, à la Fondation les petits trésors et à la Fondation Dédé Fortin pour la bourse d'études sur le suicide, à la Faculté des sciences humaines de l'UQAM pour la bourse d'exemption des frais de scolarité, au Fonds à l'accessibilité et à la réussite des études pour la bourse d'études, au Centre de recherche Fernand-Seguin pour la bourse voyage/congrès, au Réseau québécois de recherche sur le suicide pour la bourse d'aide à la participation à un congrès et au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie pour la bourse voyage/congrès.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	xiii
RÉSUMÉ.....	xv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I.....	3
1.1 Contexte théorique.....	3
1.1.1 Définition des comportements autodestructeurs .....	3
1.1.2 Ampleur des comportements autodestructeurs.....	4
1.1.3 Comportements autodestructeurs et troubles mentaux.....	4
1.1.4 Comportements autodestructeurs, symptômes de la personnalité borderline et adolescence.....	5
1.1.5 Traitements psychosociaux disponibles .....	6
1.2 Cadre de référence de la TCD.....	7
1.2.1 Théorie du problème.....	8
1.2.2 Théorie du programme .....	10
1.2.3 Objectifs opérationnels du programme .....	11
1.3 Entraînement aux compétences psychosociales de la TCD.....	12
1.3.1 Définition générale d'une compétence .....	12
1.3.2 Compétences de <i>mindfulness</i> .....	12
1.3.3 Compétences de tolérance à la détresse.....	14
1.3.4 Compétences de régulation des émotions.....	15
1.3.5 Compétences d'efficacité interpersonnelle.....	16
1.3.6 Interrelation entre les compétences enseignées dans la TCD.....	16
1.4 Recension des écrits.....	17

1.4.1	Articles sélectionnés et conservés .....	18
1.4.2	Analyse des études chez l'adulte .....	19
1.4.3	Analyse des études chez l'adolescent .....	30
1.4.4	Variables dépendantes et mesures .....	36
1.5	Objectifs de la thèse .....	42
1.6	Contenu de la thèse .....	42
1.7	Déroulement de la thèse .....	43
CHAPITRE II .....		45
THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE AUPRÈS D'ADOLESCENTS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : UNE ÉTUDE PILOTE ....		45
2.1	Objectif de recherche .....	45
2.2	Implantation du traitement de TCD .....	45
2.2.1	Question de recherche .....	45
2.2.2	Méthode .....	45
2.2.3	Résultats .....	46
2.3	Effets du programme .....	52
2.3.1	Questions de recherche .....	52
2.3.2	Méthode .....	52
2.3.3	Résultats .....	65
2.4	Discussion .....	67
2.4.1	Forces et limites .....	69
2.4.2	Implications cliniques .....	70
2.4.3	Recherches futures .....	71
CHAPITRE III .....		73
THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE AUPRÈS D'ADOLESCENTES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : UNE ÉTUDE ÉVALUATIVE .....		73
3.1	Introduction .....	73
3.2	Objectif et questions de recherche .....	74
3.3	Méthode .....	74

3.3.1	Devis de recherche et participantes .....	74
3.3.2	Intervention offerte .....	78
3.3.3	Intégrité de l'intervention .....	80
3.3.4	Variables mesurées .....	81
3.3.5	Procédures de recherche .....	82
3.3.6	Analyses statistiques .....	82
3.3.7	Considérations éthiques .....	83
3.4	Résultats .....	84
3.4.1	Validité interne et intensité de l'intervention .....	84
3.4.2	SPB, CA et compétences psychosociales .....	84
3.4.3	Dimensions de la <i>mindfulness</i> , de la régulation émotionnelle et de l'utilisation des compétences .....	85
3.4.4	Association entre la diminution des SPB et des CA avec l'amélioration des compétences .....	86
3.4.5	Association des dimensions du FFMQ et du DERS avec la diminution des SPB .....	90
3.5	Discussion .....	91
3.5.1	Forces et limites .....	93
3.5.2	Implications cliniques .....	96
3.5.3	Recherches futures .....	96
CHAPITRE IV .....		99
DISCUSSION GÉNÉRALE .....		99
4.1	Synthèse des résultats .....	99
4.1.1	L'implantation du programme .....	99
4.1.2	L'effet du programme – étude pilote .....	100
4.1.3	L'effet du programme – étude évaluative .....	101
4.1.4	Comparaison des résultats avec les écrits scientifiques .....	101
4.2	Considérations méthodologiques .....	112
4.2.1	Forces .....	112
4.2.2	Limites .....	116

4.3	Implications cliniques .....	121
4.3.1	Importance de l'apprentissage de la <i>mindfulness</i> et de l'acceptation.....	122
4.3.2	Durée et adaptations du traitement de TCD .....	123
4.3.3	Format de l'entraînement de groupe.....	124
4.4	Transfert des connaissances .....	126
4.5	Avenues des recherches futures .....	126
	CONCLUSION .....	131
	APPENDICE A CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉPRESSION MAJEURE ET DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE .....	133
	APPENDICE B STRATÉGIES DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	137
	APPENDICE C ANALYSE DES ARTICLES RECENSÉS .....	141
	APPENDICE D GRILLES D'INTÉGRITÉ THÉRAPEUTHIQUE ET DU PROGRAMME .....	153
	APPENDICE E APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE DE L'UQAM.....	167
	APPENDICE F GRILLE D'ANALYSE DE L'INFORMATION CONTENUES AU DOSSIER MÉDICAL .....	169
	APPENDICE G QUESTIONNAIRES DES DEUX ÉTUDES .....	171
	APPENDICE H APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES .....	183
	APPENDICE I FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES.....	189
	APPENDICE J ADDENDUM SOUMIS AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS .....	195
	APPENDICE K APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS .....	201
	RÉFÉRENCES.....	203

## LISTE DES FIGURES

Figure		Page
Figure 1.1	Théorie du problème de la TCD .....	9
Figure 1.2	Théorie du programme et objectifs opérationnels de la TCD.....	11
Figure 1.3	Processus de sélection des études recensées.....	19
Figure 2.1	Analyse de la sélection des participants à l'étude pilote .....	54
Figure 3.1	Analyse de la sélection des participantes de l'étude évaluative .....	76
Figure 3.2	Modèle de la relation entre les améliorations des compétences et la diminution des SPB. ** $p < ,01$ , * $p < ,05$ (bilatéral) .....	90





## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 1.1 Les compétences psychosociales selon les manifestations des quatre domaines d'instabilité .....	10
Tableau 1.2 Répartition des stratégies d'évaluation de la TCD auprès de l'adulte ....	22
Tableau 1.3 Répartition des stratégies d'évaluation de la TCD auprès d'adolescent.....	32
Tableau 1.4 Liste des méthodes de mesure retrouvées dans les 67 articles de la recension.....	37
Tableau 1.5 Liste des instruments trouvés pour mesurer les compétences de la TCD .....	39
Tableau 1.6 Synthèse des étapes et du déroulement de la recherche liée à la thèse .....	43
Tableau 2.1 Étapes de la validation transculturelle (Vallerand, 1989) .....	47
Tableau 2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants de l'étude pilote.....	53
Tableau 2.3 Caractéristiques des participants de l'étude pilote .....	55
Tableau 2.4 Comparaison de moyennes aux prétest et posttest pour l'ensemble des variables dépendantes de l'étude pilote (n = 6).....	67
Tableau 3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion des participantes de l'étude évaluative .....	75
Tableau 3.2 Caractéristiques des participantes de l'étude évaluative (n = 28) .....	79
Tableau 3.3 Comparaison de moyennes aux prétest et posttest pour l'ensemble des variables dépendantes (n = 28).....	85
Tableau 3.4 Comparaison de moyennes aux prétest et posttest pour les dimensions de la <i>mindfulness</i> , de régulation émotionnelle et de l'utilisation des compétences (n = 28).....	86



Tableau 3.5 Corrélation entre les valeurs résiduelles obtenues aux variables dépendantes (n = 28) .....	88
Tableau 3.6 Régression hiérarchique évaluant la contribution de l'amélioration des compétences dans la diminution des SPB (n = 28).....	89
Tableau 3.7 Corrélation des valeurs résiduelles obtenues aux dimensions du DERS.....	91

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AM	Automutilation
BSL-23	<i>Borderline Symptom List, 23 items</i>
CA	Comportements autodestructeurs
CETDS - J	Clinique externe des troubles dépressifs et suicidaires - Jeunes
CTH	Clinique des troubles de l'humeur
DBT-WCCL	<i>DBT-Ways of Coping Checklist</i>
DERS	<i>Difficulty in Emotion Regulation Scale</i>
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, IV <sup>ième</sup> édition
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 <sup>ième</sup> édition
DTS	<i>Distress Tolerance Scale</i>
FMMQ	<i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>
HRDP	Hôpital Rivière-des-Prairies
IIP	<i>Inventory of Interpersonal Problems</i>
IS	Idée suicidaire
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axe II</i>
SPB	Symptôme de la personnalité borderline
TCC	Thérapies cognitivo-comportementales
TCD	Thérapie comportementale dialectique
TPB	Trouble de la personnalité borderline
TS	Tentative de suicide
TSPT	Trouble de stress posttraumatique



## RÉSUMÉ

Les comportements autodestructeurs (CA) sont un enjeu de santé publique important. Au Québec, malgré une diminution du taux de mortalité par suicide chez les jeunes entre les années 2002 et 2010, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité dans ce groupe d'âge. En 2006, il représentait 16,5 % de l'ensemble des décès chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. Rétrospectivement, la recherche a mis en évidence la cooccurrence de plusieurs troubles mentaux chez les adolescents morts par suicide. Par ailleurs, une analyse des dossiers des adolescents suicidaires consultant à la Clinique des troubles de l'humeur (CTH) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) révèle que plus de la moitié de ces adolescents présentent des symptômes de la personnalité borderline (SPB). Or, peu d'information est disponible sur les traitements psychosociaux qui permettent de réduire les CA chez les adolescents affectés par des SPB. À partir d'une population adulte présentant des SPB, la thérapie comportementale dialectique (TCD) a démontré une réduction des SPB et des CA. Récemment, la TCD a été adaptée à une population adolescente suicidaire présentant des SPB et cette adaptation s'avère être une avenue d'intervention prometteuse pour ces adolescents.

Le présent document présente les travaux de thèse doctorale réalisés sur la TCD offerte à des adolescents en milieu psychiatrique présentant des SPB et des CA. Le premier chapitre expose le contexte théorique visant l'élaboration d'un protocole d'évaluation de cette thérapie auprès d'adolescents. Pour ce faire, une analyse du cadre théorique de la TCD et une recension exhaustive des écrits sont réalisées. La recension des écrits identifie 49 articles qui évaluent la TCD auprès d'adultes et 18 articles qui évaluent la TCD auprès d'adolescents. Cette recension clarifie le niveau de preuve scientifique de l'efficacité de la TCD et fait une synthèse des méthodes d'évaluation utilisées dans ces articles. Un protocole d'évaluation de la TCD est alors constitué grâce aux recommandations de l'analyse du cadre théorique et de la recension des écrits.

Le second chapitre présente les résultats d'une étude pilote évaluant l'implantation et les effets de la TCD offerte à la CTH de l'HRDP. Dans l'ensemble, les résultats de cette étude montrent, avec un ensemble de critères de *réalisation* et de *succès*, que la TCD est implantée avec *succès* et que l'évaluation de l'effet de la TCD auprès de six adolescents suggère une diminution des SPB et des CA et une amélioration des compétences enseignées dans la TCD.

Le troisième chapitre présente les résultats d'une étude évaluative auprès de 28 adolescentes recevant une TCD à la Clinique externe des troubles dépressifs et suicidaires – Jeunes (CETDS-J) de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD). Cette étude a pour but de clarifier le rôle de l'amélioration et de l'utilisation des compétences apprises lors de la TCD dans la diminution des SPB et des CA. Les résultats de cette étude montrent que l'amélioration de la *mindfulness*, la régulation des émotions et de la tolérance à la détresse sont associées à la diminution des SPB chez les adolescentes. De plus, une régression hiérarchique suggère que l'ordre d'enseignement de ces compétences pourrait jouer un rôle dans les gains thérapeutiques observés. La séquence d'enseignement des compétences trouvée confirme que, pour optimiser l'impact de la TCD, la *mindfulness* devrait être enseignée en premier, que la régulation devrait être enseignée en deuxième et que la tolérance à la détresse devrait être enseignée en dernier. Finalement, le quatrième chapitre présente une discussion générale des résultats obtenus. Les forces, les limites, les implications cliniques et les possibilités de recherches futures sont aussi considérées.

Mots-clés : adolescent; thérapie comportementale dialectique; comportements autodestructeurs; suicide; automutilation; personnalité borderline; compétences psychosociales; évaluation.

## INTRODUCTION

Cette thèse porte sur l'évaluation d'une thérapie qui est offerte en milieu psychiatrique visant à venir en aide aux adolescents suicidaires qui présentent des symptômes de la personnalité borderline. Jusqu'à tout récemment, les traitements psychologiques offerts à ces adolescents avaient peu de succès, car l'abandon de traitement et la complexité de leur présentation clinique étaient des obstacles majeurs quant à l'aide qui leur était offerte. De plus, ces adolescents représentent plus de la moitié des demandes de consultation à la clinique externe des troubles dépressifs et suicidaires section Jeunes de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et à la Clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Dans les années 90, Marsha Linehan élabore la thérapie comportementale dialectique pour intervenir auprès d'adultes suicidaires qui présentent un trouble de la personnalité borderline. Actuellement, 22 études utilisant un devis avec groupe contrôle et assignation aléatoire confirment l'efficacité de ce traitement auprès d'adultes. Par contre, peu d'études se sont intéressées à mieux comprendre les éléments actifs de ce traitement et peu ont évalué cette thérapie auprès d'adolescents suicidaires qui présentent des symptômes de la personnalité borderline. Cette thèse vise principalement à répondre à ces deux questions, soit pour mieux cerner les éléments actifs de la thérapie comportementale dialectique et évaluer cette thérapie auprès d'adolescents suicidaires en milieu psychiatrique.

Tout d'abord, le chapitre I introduit le sujet avec une recension des écrits et avec le cadre théorique de cette thérapie. Par la suite, le chapitre II décrit une étude pilote

réalisée à la clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies qui évalue l'implantation d'une thérapie comportementale dialectique appliquée à l'adolescent. Quant à lui, le chapitre III décrit une étude évaluative réalisée à la Clinique externe des troubles dépressifs et suicidaires de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Finalement, le chapitre IV présente une discussion faisant une synthèse des différents résultats obtenus et une analyse critique faisant ressortir les forces de ces deux études, les limites méthodologiques et les pistes de recherche futures dans l'évaluation de la TCD auprès d'adolescents.

## CHAPITRE I

### 1.1 Contexte théorique

#### 1.1.1 Définition des comportements autodestructeurs

Cette thèse porte sur deux types de comportements autodestructeurs (CA) : les idées ou tentatives de suicide et les comportements d'automutilation. Tout au long de cet ouvrage, une terminologie inspirée de Brenner et ses collaborateurs (2011) est utilisée pour définir ces comportements : une idée suicidaire (IS) est l'expression d'un désir de mourir dont le sérieux prend généralement la forme d'un plan pour s'enlever la vie; la tentative de suicide (TS) est constituée de tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne dont le niveau de létalité dépend du moyen et du contexte dans lequel l'acte est posé; et l'automutilation (AM) est l'action de s'infliger délibérément des blessures corporelles. Les comportements autodestructeurs (CA) représentent des symptômes intégrés aux diagnostics de la dépression majeure et du trouble de la personnalité borderline (TPB) dans le DSM-5 (American Association of Psychiatry, 2013). Les critères de ces deux diagnostics sont placés à l'appendice A. Qui plus est, deux nouvelles catégories diagnostiques sont proposées dans le DSM-5 quant aux CA. D'abord, le trouble des comportements suicidaires qui est associé uniquement aux TS et, ensuite, l'AM non suicidaire qui est associée exclusivement à l'AM. Ces deux nouvelles catégories diagnostiques ne seront pas utilisées dans cette thèse.



### 1.1.2 Ampleur des comportements autodestructeurs

Les CA constituent un enjeu de santé publique important. Au Québec, malgré une diminution du taux de mortalité par suicide chez les jeunes entre les années 2002 et 2010 (Légaré, Gagné, St-Laurent et Perron, 2013), le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. En 2006, il représentait 16,5 % de l'ensemble des décès pour ce groupe d'âge (Institut de la Statistique du Québec, 2009). En fait, les jeunes Québécois de 15 à 24 ans forment le groupe le plus à risque d'avoir des IS (Nanhou, Fournier et Audet, 2010) et sont à haut risque de faire une TS (Grunbaum et coll., 2002). Il est important de souligner que, pour chaque mort par suicide à l'adolescence, il y aurait de 100 à 200 TS (American Association of Suicidology, 2006) et qu'environ 50 % des adolescents qui font une TS risquent d'en faire une autre (Hawton, Osborn, O'Grady et Cole, 1982; Kovacs, Goldston et Gatsonis, 1993; Pfeffer et coll., 1991). Bien que les décès par suicide soient plus fréquents chez les garçons que chez les filles (10,7 contre 2,8 par tranche de 100 000; Légaré et coll., 2013), les filles présenteraient plus de TS que les garçons (221 contre 87 par tranche de 100 000; Langlois et Morrison, 2002).

À l'adolescence, 18 % des jeunes s'automutilent (Muehlenkamp, Claes, Havertape et Plener, 2012). Même si ces comportements ne sont pas accompagnés d'une intention de mourir, certains d'entre eux sont associés à une dangerosité et à des décès possibles (Cooper et coll., 2005).

### 1.1.3 Comportements autodestructeurs et troubles mentaux

La recherche a mis en évidence la cooccurrence de plusieurs troubles mentaux chez les adolescents morts par suicide (Brent, Baugher, Bridge, Chen et Chiappetta, 1999; Runeson, Beskow et Waern, 1996; Shafii, Stelz-Lenarsky, McCue-Derrick, Beckner et Whittinghil, 1988). Selon le *Harvard Medical School* (Jacobs, 1998), les individus qui présentent des IS et des TS qui souffrent de troubles mentaux peuvent être partagés en deux groupes. Un premier groupe est composé d'individus souffrant

principalement de troubles cliniques, comme les troubles de l'humeur. On retrouve, dans ce groupe, des troubles de l'humeur dans une proportion variant de 50 % à 70 %. Ce groupe est huit fois plus à risque de mourir par suicide que ne l'est la population générale. Ce risque semble aussi augmenter avec la cooccurrence d'un trouble de l'humeur et d'un trouble d'abus de substances (Brent, Perper, Goldstein et Kolko, 1988; Shafii, Carrigan, Whittinghill et Derrick, 1985). Un deuxième groupe est composé d'individus souffrant de troubles cliniques et d'un trouble de la personnalité. Les individus avec un TPB représentent jusqu'à 20 % des admissions en psychiatrie et constituent de 30 % à 60 % des troubles de la personnalité retrouvés en population clinique (APA, 2000). On observe que les individus ayant un TPB présentent un risque élevé d'avoir des CA sévères et multiples (Soloff, Lis, Kelly et Cornelius, 1994). Des études populationnelles (Andover et Gibb, 2010; Qin, 2011) confirment que les jeunes adultes présentant un TPB et un trouble de l'humeur ont un très haut risque de présenter des CA.

#### 1.1.4 Comportements autodestructeurs, symptômes de la personnalité borderline et adolescence

Il existe une certaine controverse quant à la validité clinique des symptômes de la personnalité borderline (SPB) à l'adolescence (Bleiberg, 1994). En effet, l'adolescence est une période marquée par de nombreux changements physiques, cognitifs et relationnels (Leckeman, Vaccarino et Lombroso, 2002). Durant cette période, plusieurs adolescents manifestent de la labilité émotionnelle, des comportements impulsifs et de nombreux conflits relationnels (Arnett, 1999). Certains auteurs affirment que ces manifestations développementales transitoires et naturelles peuvent être confondues avec des symptômes borderlines (SPB) (Bernstein et coll., 1993). Par contre, une revue des écrits scientifiques sur la fiabilité et la validité des SPB à l'adolescence (Miller, Muehlenkamp et Jacobson, 2008) suggère que, pour les adolescents les plus lourdement affectés par ces SPB, ces symptômes persistent à l'âge adulte. Il demeure qu'à l'adolescence des crises de colère intense,

une peur de l'abandon et un sentiment de vide sont de bons prédicteurs du maintien des SPB (Garnet, Levy, Mattanah, Edell et McGlashan, 1994; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich et Silk, 2006). Certaines caractéristiques, comme l'impulsivité et l'agressivité que l'on retrouve chez ces adolescents, pourraient être en cause dans le risque élevé de passage à l'acte (McGirr et coll., 2008; Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta et Bridge, 1999). En outre, les adolescents présentant des SPB en cooccurrence avec un épisode de dépression seraient encore plus à risque de poser un geste suicidaire (Marttunen, Henriksson, Aro et Heikkinene, 1995). À Montréal, une analyse des dossiers des adolescents suicidaires qui consultaient à la Clinique des troubles de l'humeur (CTH) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) révélait que plus de la moitié de ces adolescents présentent des SPB (Breton et coll., 2011). Ainsi, il s'avère souhaitable de développer une prise en charge soucieuse des adolescents présentant des SPB et des CA.

#### 1.1.5 Traitements psychosociaux disponibles

Jacobs (1998) suggère deux prises en charge distinctes des individus présentant des CA. Un premier type d'interventions destinées aux individus touchés principalement par des troubles cliniques, et un deuxième type d'interventions conçues pour les individus présentant à la fois des troubles cliniques et de la personnalité. Pour les adolescents présentant des IS et des TS ainsi que des troubles cliniques, certaines interventions ont démontré leur efficacité. Parmi ces interventions, on retrouve la thérapie psychanalytique (Muratori, Picchi, Bruni, Patarnello et Romagnoli, 2003), la thérapie interpersonnelle (Mufson, Weissman, Moreau et Garfinkel, 1999) et la thérapie cognitive (Henriques, Beck et Brown, 2003). Par contre, peu d'information est disponible sur les traitements psychosociaux permettant de réduire les IS, les TS et les AM chez les adolescents affectés par la dépression lorsqu'il y a présence de SPB (Miller, Rathus et Linehan, 2007). La thérapie comportementale dialectique (TCD) a démontré une réduction des CA chez une population adulte présentant des

SPB (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon et Heard, 1991; Linehan et coll., 2006 b; Linehan, Heard et Armstrong, 1993). Plus récemment, la TCD a été adaptée à une population adolescente présentant des SPB et des CA (Miller et coll., 2007). Deux études réalisées aux États-Unis et une réalisée au Canada suggèrent qu'une TCD adaptée pour ce groupe d'âge est une avenue prometteuse de traitement pour ce type de jeunes (Katz, Cox, Gunasekara et Miller, 2004; Rathus et Miller, 2002; Trupin, Stewart, Beach et Boesky, 2002). Au Québec, l'équipe de la Clinique externe des troubles dépressifs et suicidaires (CETDS-J) de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) offre de la TCD auprès de ce groupe d'âge depuis 2001 et une évaluation exploratoire obtient des résultats prometteurs (Jodoin, 2009). Dernièrement, l'équipe de la CTH de l'HRDP a implanté un traitement de TCD pour venir en aide aux adolescents présentant des SPB et des CA (Labelle et Janelle, 2012).

Pour établir un protocole d'évaluation, cette thèse réalise, dans un premier temps, une analyse du cadre de référence de la TCD pour dégager les variables dépendantes qui seront utilisées. Dans un deuxième temps, une recension des écrits est réalisée pour préciser le niveau de preuve scientifique actuelle de la TCD pour guider la méthode de recherche du protocole d'évaluation.

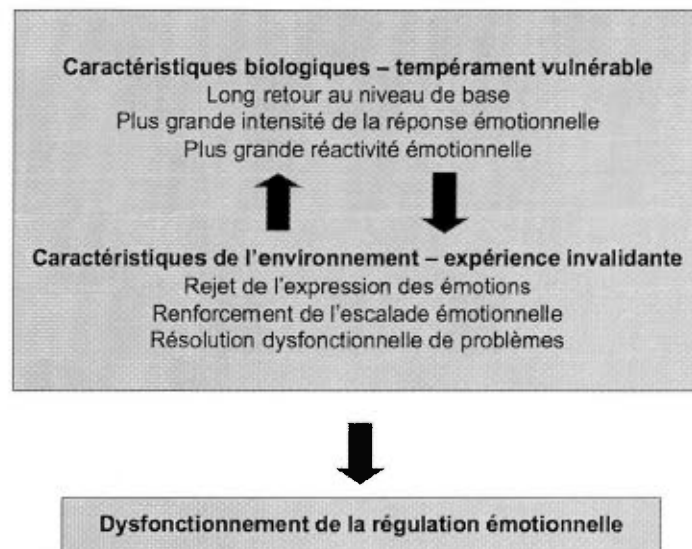
## 1.2 Cadre de référence de la TCD

Pour préciser la nature des variables dépendantes qui seront utilisées dans le protocole d'évaluation, une analyse du cadre de référence de la TCD est réalisée. Le cadre de référence renvoie à la théorie du problème, à la théorie du programme et aux objectifs opérationnels de la TCD. Cette analyse s'inspire de la démarche que proposent Breton, Bilodeau et Boyer (2001) pour faciliter la planification, l'implantation et l'évaluation d'un programme de santé mentale. Pour faire cette analyse, les manuels de base de la TCD (Linehan, 1993 a et b) sont utilisés.



### 1.2.1 Théorie du problème

La TCD est un programme d'intervention indiquée, car il s'adresse aux individus présentant des SPB et des CA. Ce programme s'inscrit dans la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) puisqu'il met l'accent sur l'utilisation de stratégies d'acceptation et l'enseignement de la *mindfulness* (Hayes, 2004). La *mindfulness* est généralement définie en psychologie comme étant la capacité de maintenir volontairement et de façon soutenue son attention sur l'expérience du moment présent, et ce, sans juger cette expérience. Dans ce programme, les SPB et les CA sont conceptualisés comme une conséquence d'un dysfonctionnement de la régulation des émotions. Ce dysfonctionnement est expliqué par le modèle biosocial de Millon (1987) qui postule qu'une vulnérabilité émotionnelle au niveau du tempéramental est exacerbée par un environnement nuisant à l'apprentissage de l'autorégulation des émotions. Cette vulnérabilité se manifesterait par un délai plus long avant le retour au niveau de base après une activation émotionnelle, par une plus grande intensité de la réponse émotionnelle et par une plus grande réactivité émotionnelle (Linehan, 1993 a). Un individu possédant ces caractéristiques émotionnelles qui serait exposé à un environnement qui nuit à l'apprentissage de la régulation émotionnelle développerait un dysfonctionnement de la régulation des émotions (Linehan, 1993 a). Dans la TCD, ce type d'environnement est qualifié d'invalidant. Cet environnement rejette sans discrimination la communication des expériences privées, renforce de façon intermittente l'escalade des réponses émotionnelles et simplifie la résolution de problèmes. La figure 1.1 présente la théorie du problème de la TCD.



**Figure 1.1** Théorie du problème de la TCD

Selon Linehan (1993 a), c'est ce dysfonctionnement de la régulation des émotions qui serait responsable de l'instabilité observée dans quatre domaines de fonctionnement de l'individu, à savoir l'instabilité personnelle, comportementale, émotionnelle et interpersonnelle. Le tableau 1.1 détaille comment Linehan (1993 a) classe les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite dans ces quatre domaines d'instabilité et, pour chaque domaine, elle prévoit une compétence psychosociale pour combler le dysfonctionnement de régulation. Ce dernier point sera développé dans l'analyse de la théorie du programme.

**Tableau 1.1**  
Les compétences psychosociales selon les manifestations  
des quatre domaines d'instabilité

Instabilité	Manifestations	Compétences psychosociales
Personnelle	Confusion de l'identité, sensation de vide, dissociation	<i>Mindfulness</i>
Comportementale	Automutilation, tentative de suicide, comportements impulsifs	Tolérance à la détresse
Émotionnelle	Labilité affective Problème de colère	Régulation émotionnelle
Interpersonnelle	Relation chaotique Peur de l'abandon	Efficacité interpersonnelle

### 1.2.2 Théorie du programme

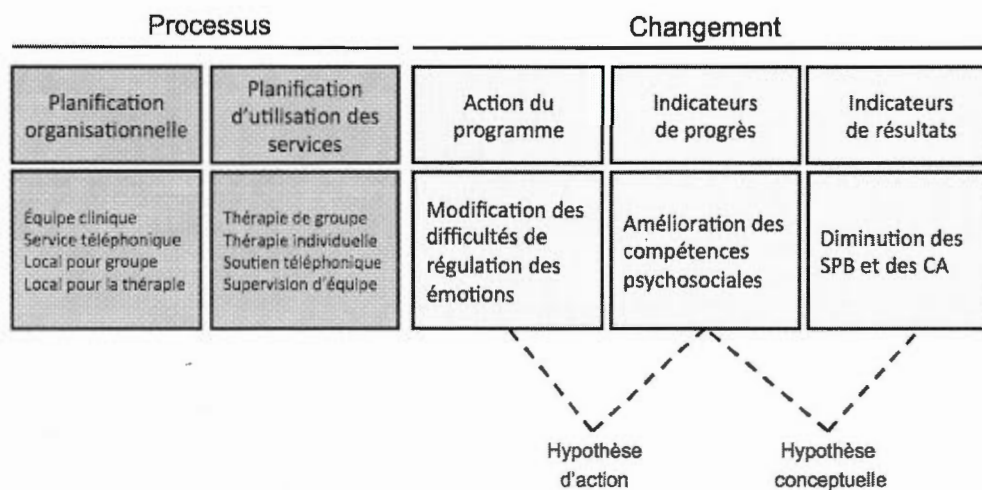
Après l'analyse des manuels de base de la TCD (Linehan, 1993 a et b), il apparaît que ce programme cible l'interaction vulnérabilité-environnement. Selon la théorie du problème, il n'est pas suffisant pour un individu d'avoir seulement une vulnérabilité émotionnelle ou d'être exposé à un environnement invalidant pour développer un dysfonctionnement de la régulation des émotions tel qu'observé chez un individu présentant des SPB. Ainsi, le traitement de TCD adapté pour les adolescents (Miller et coll., 2007) cible aussi l'environnement invalidant du jeune en incluant les parents pour que ceux-ci puissent parfaire leurs compétences parentales et fournir un meilleur environnement familial.

Pour diminuer le dysfonctionnement de la régulation des émotions responsables de l'instabilité observée dans les quatre domaines d'instabilité de l'individu présentant des SPB, ce programme cible l'apprentissage de compétences psychosociales permettant à l'individu de mieux réguler ses émotions. Dans un premier temps, les compétences sont apprises grâce à une intervention de groupe. Dans un deuxième temps, cet apprentissage est réalisé grâce à une thérapie individuelle visant l'intégration et l'application de ces compétences dans la vie quotidienne. Dans un

troisième temps, cet apprentissage est réalisé par un soutien téléphonique visant la généralisation de ces compétences dans la vie quotidienne de l'individu. Dans un quatrième temps, une supervision d'équipe hebdomadaire obligatoire est mise en place pour assurer la qualité des interventions de groupe, individuelles et téléphoniques. Enfin, une augmentation des compétences pourrait alors amener une diminution des difficultés de la régulation émotionnelle qui se manifesterait par des changements dans les quatre domaines d'instabilité retrouvés chez un individu aux prises avec des SPB.

### 1.2.3 Objectifs opérationnels du programme

En prenant en considération la théorie du problème et la théorie du programme, les objectifs opérationnels du programme sont identifiés : 1) améliorer les compétences psychosociales; et 2) réduire l'instabilité associée au SPB, dont diminuer les CA. La figure 1.2 expose une synthèse de la théorie du programme et des objectifs opérationnels.



**Figure 1.2** Théorie du programme et objectifs opérationnels de la TCD



### 1.3 Entraînement aux compétences psychosociales de la TCD

L'analyse du cadre théorique de la TCD propose donc qu'un déficit de compétences psychosociales soit responsable d'un dysfonctionnement de la régulation des émotions. Il devient dès lors important de bien définir le terme « compétence » et de mieux comprendre l'origine et les objectifs spécifiques de chaque groupe de compétences sur lesquelles la TCD repose. Cet exercice pourra guider la constitution d'un protocole d'évaluation qui tiendra compte des indicateurs de progrès et de résultats dégagés par la théorie du programme (voir figure 1.2).

#### 1.3.1 Définition générale d'une compétence

Selon certains auteurs, une compétence est définie comme un ensemble d'habiletés acquises par l'assimilation de connaissances pouvant aider à circonscrire et à résoudre des problèmes spécifiques (Gendreau et Lemay, 1995). De façon générale, l'apprentissage de ces compétences permet de parfaire son savoir-faire sensorimoteur, son savoir-faire habilitant à la logique opératoire, son savoir-faire social permettant de dépasser l'activité égocentrique et son savoir-faire menant à l'autodétermination (Gendreau, 1995). Le manuel d'enseignement des compétences de la TCD subdivise ces compétences en quatre groupes possédant des visées spécifiques (Linehan, 1993 b). Les groupes de compétences, leur définition et leurs objectifs spécifiques sont détaillés dans les paragraphes qui suivent.

#### 1.3.2 Compétences de *mindfulness*

Le concept de *mindfulness* date de plus de 2 500 ans et sa première mention écrite en langue indienne antique (pali) provient d'un philosophe indien du 5<sup>e</sup> siècle dénommé Asanga (Wallace, 1998). Traditionnellement, ce terme est connu en pali sous le mot *sati* et signifie « le non-oubli de l'esprit de la fonction de non-distraction » (Wallace, 1998). À l'origine, *sati* fait appel à un entraînement volontaire des processus attentionnels permettant de poser de façon constante et soutenue son attention sur un

objet d'observation externe et interne. Cet entraînement permettrait d'augmenter la capacité et la qualité d'attention ou de présence à l'instant présent. À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, *sati* est traduit du pali vers l'anglais par le Britannique Davids sous le terme *mindfulness* (Davids et Stede, 1921/2001). En langue française, *mindfulness* est le plus couramment traduit par l'expression « pleine conscience ». On remarque que l'étymologie de la traduction française s'éloigne quelque peu du sens d'origine de *sati*. En français, l'accent est davantage mis sur le fait d'être pleinement conscient plutôt que sur la qualité de présence et d'attention à un objet interne et externe. C'est pour cette raison que, dans cette thèse, le terme anglais *mindfulness* sera utilisé afin de mieux laisser à ce concept sa signification première (Kabat-Zinn, 2011). Depuis le début des années 1990, l'entraînement à la *mindfulness* est progressivement intégré aux traitements psychologiques. Ce concept est maintenant largement utilisé dans les TCC de troisième vague (Hayes, 2004).

Dans la TCD, l'objectif de cette compétence est d'aider l'individu à mieux observer et décrire ses pensées et ses émotions, tout en respectant les principes de non-jugement, d'une chose à la fois et d'efficacité. Souvent, les individus présentant des SPB et des CA ont peu accès à leur contenu émotionnel et à leur contenu cognitif. Ils décrivent fréquemment qu'ils sont dans un brouillard émotionnel où il est difficile d'identifier la nature de leurs émotions. L'enseignement des compétences de *mindfulness* vise à développer chez la personne sa capacité à être présent à son expérience immédiate pour qu'elle puisse gagner une plus grande clarté face à son expérience actuelle. Le développement de sa capacité de présence rend alors possible l'élaboration d'une résolution de problèmes spécifiques et efficace qui aidera au fonctionnement de sa régulation émotionnelle. La compétence de *mindfulness* de la TCD est divisée en deux groupes de sous-compétences. Les compétences du « quoi » et les compétences du « comment ». Les compétences du « quoi » expliquent quoi faire pour mettre en pratique la *mindfulness* (observer, décrire et participer) et les

compétences du « comment » détaillent comment mettre en pratique la *mindfulness* (sans juger, une chose à la fois et de façon efficace).

### 1.3.3 Compétences de tolérance à la détresse

La tolérance à la détresse est définie comme la capacité physique ou la capacité perçue par l'individu de soutenir des états émotionnels et physiques désagréables (Leyro, Zvolensky et Bernstein, 2010). Les écrits scientifiques fournissent une grande variété de concepts s'apparentant à la tolérance à la détresse. Voici quelques exemples : la tolérance à l'ambiguïté qui est associée à la capacité perçue par l'individu de tolérer des stimuli potentiellement menaçants, l'intolérance à l'incertitude qui est retrouvée chez des individus qui perçoivent les situations ambiguës et incertaines comme bouleversantes et de l'intolérance à l'inconfort qui est associée à la difficulté de tolérer des sensations physiques inconfortables (Leyro, Zvolensky et Bernstein, 2010). Au début des années 90, Linehan intègre la notion de tolérance à la détresse en s'inspirant des travaux de Jon Kabat-Zinn qui introduit l'utilisation des notions d'acceptation auprès d'individus aux prises avec des douleurs chroniques.

Dans la TCD, la tolérance à la détresse renvoie davantage à la capacité d'un individu à soutenir des états émotionnels douloureux (Simon et Gaher, 2005). Dans le modèle thérapeutique de la TCD, la tolérance à la détresse vise alors à remédier aux comportements impulsifs des individus présentant des SPB et des CA. Ces comportements impulsifs et autodestructeurs sont conceptualisés comme une tentative de régulation non productive voulant apaiser la détresse provoquée par l'envahissement émotionnel. Les compétences de tolérance à la détresse permettent de survivre aux envahissements émotionnels sans avoir recours à des CA. Dans un premier temps, les compétences de tolérance à la détresse portent sur la distraction et la mise en place d'activités apaisantes. Dans un deuxième temps, les compétences de tolérance à la détresse consistent à mieux accepter la réalité. Selon Linehan,

l'acceptation de la réalité ne signifie pas que l'individu doive émettre un jugement positif sur la situation qui lui cause de la détresse, mais qu'il doive plutôt réaliser profondément que certaines situations passées ou présentes ne peuvent pas être changées et qu'il est inutile d'ajouter de la souffrance à cette détresse en refusant l'existence même de celle-ci.

#### 1.3.4 Compétences de régulation des émotions

Les écrits scientifiques offrent des définitions contradictoires de la régulation des émotions. Certains auteurs affirment que la régulation des émotions est la capacité de contrôler et de réduire l'apparition des émotions douloureuses (Kopp, 1989; Zeman et Garber, 1996). D'autres auteurs suggèrent que la régulation des émotions n'est pas la capacité de contrôler l'apparition des émotions, mais plutôt la capacité de contrôler les comportements impulsifs associés aux émotions et de moduler la force et la durée de celles-ci (Gratz et Tull, 2010). C'est cette dernière définition qui a guidé l'intégration de compétences de régulation des émotions dans la TCD. Ces compétences enseignent à l'individu qui présente des SPB et des CA une meilleure autogestion des émotions.

Les compétences d'autogestion des émotions dans la TCD sont subdivisées en trois groupes, soit les compétences pour bien comprendre son expérience émotionnelle, pour réduire la fréquence des escalades émotionnelles et pour réduire l'intensité des émotions douloureuses. Le premier groupe de compétences aide à développer une meilleure compréhension de l'expérience émotionnelle en enseignant à l'individu comment bien observer, décrire et différencier les différentes composantes d'une émotion. Quant au deuxième groupe de compétences, il cible la prévention de l'escalade émotionnelle par la mise en place de saines habitudes de vie. Ces compétences visent principalement à diminuer la vulnérabilité émotionnelle associée à l'apparition de conflits et de crises émotionnelles. Le dernier groupe de compétences vise à diminuer l'intensité de la réaction émotionnelle lors d'une

escalade émotionnelle. L'ensemble des compétences de régulation émotionnelle joue alors un rôle important dans la prévention des comportements impulsifs associée aux émotions douloureuses aidant ainsi à atteindre un meilleur fonctionnement au niveau de la régulation des émotions.

### 1.3.5 Compétences d'efficacité interpersonnelle

Les compétences d'efficacité interpersonnelle de la TCD sont essentiellement un entraînement à la communication et à l'affirmation de soi. Cet entraînement est utilisé dans les traitements psychologiques depuis plus d'une cinquantaine d'années (Wolpe, 1958). Ces compétences sont généralement définies comme la capacité de communiquer ses besoins, ses désirs et ses opinions directement et de façon appropriée sans agression et sans soumission (Gilbert et Allan, 1994).

Les compétences d'efficacité interpersonnelle enseignées dans la TCD visent principalement le maintien des relations interpersonnelles, le respect de soi et l'atteinte de ses objectifs en contexte interpersonnel. L'individu qui présente des SPB et des CA connaît de nombreux conflits interpersonnels et ruptures relationnelles. Ces difficultés interpersonnelles contribuent à la dysrégulation de ses émotions et sont souvent associées aux CA. Pour remédier à ces difficultés, la TCD enseigne un ensemble de compétences aidant l'individu à bien choisir le moment pour faire une demande, à déterminer l'intensité d'une demande ou d'un refus. Ces compétences passent aussi en révision différents concepts aidant la négociation, la validation de l'autre, le respect de soi et l'attitude à adopter pour préserver ses relations. Les concepts enseignés dans l'efficacité interpersonnelle proviennent en grande partie d'une publication de Linehan et Egan traitant de l'affirmation de soi (1985).

### 1.3.6 Interrelation entre les compétences enseignées dans la TCD

Il est intéressant de remarquer comment les compétences enseignées dans la TCD sont aussi en interrelation les unes avec les autres. Par exemple, les compétences



d'observer et de décrire de la *mindfulness* sont un prérequis pour la maîtrise des compétences de régulation émotionnelle, de tolérance à la détresse et d'efficacité interpersonnelle. Ou encore, le non-jugement de la *mindfulness* est essentiel au concept d'acceptation de la compétence de tolérance à la détresse (Linehan, 1993 b). D'ailleurs, les différentes compétences de la TCD sont décrites et enseignées comme un ensemble cohérent composé de notions interdépendantes visant globalement à diminuer le dysfonctionnement de la régulation des émotions. Aussi, plusieurs chercheurs ont voulu clarifier les liens existant entre ces compétences pour clarifier leurs mécanismes d'action (Coffey et coll., 2010; Luberto et coll, 2013; Vujanovic et coll., 2010). Le lien le plus étudié est celui entre la *mindfulness* et la régulation émotionnelle. Une recherche qui étudie ce lien (Coffey et coll, 2010) suggère que la notion de non-jugement possède un bon pouvoir prédictif d'une meilleure régulation émotionnelle et que la détresse psychologique est corrélée négativement avec de bonnes stratégies de régulation émotionnelle. Ces liens soutiennent la présence d'interrelations entre les compétences, comme le suggère le manuel d'entraînement aux compétences de la TCD (Linehan, 1993 b). Par contre, les études qui ont analysé ces liens utilisent un seul temps de mesure et cette méthode de recherche n'évalue pas l'effet d'un traitement de TCD sur le développement de ces compétences ou sur leur mécanisme d'apprentissage.

#### 1.4 Recension des écrits

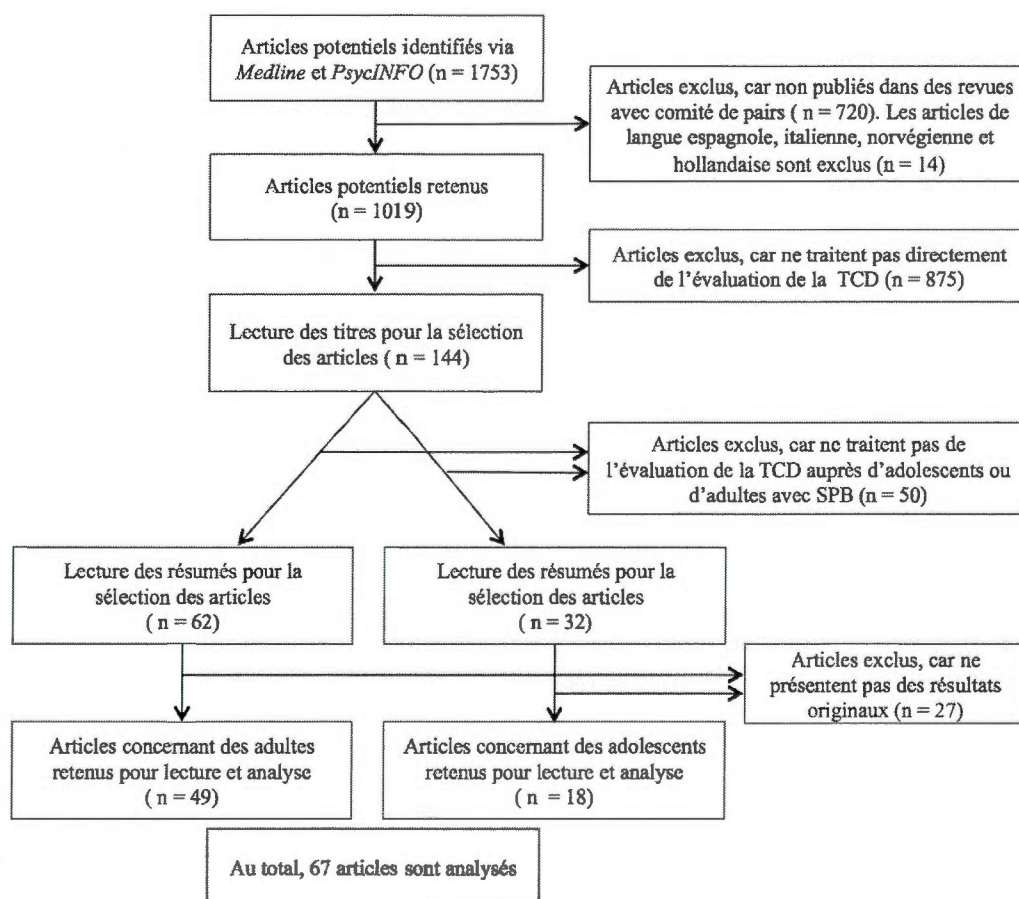
Cette partie vise d'abord à examiner l'efficacité de la TCD puis à cerner les méthodes et variables dépendantes utilisées pour évaluer une TCD. Cette étape permettra d'établir un protocole d'évaluation de la TCD tenant compte des études évaluatives déjà réalisées pour cette thérapie. Cette recension couvre les écrits publiés de janvier 1991 à juillet 2013. Aucune recherche n'est faite avant 1991, car la TCD n'était pas encore disponible. Les moteurs de recherche psycINFO et Medline sont utilisés et les mots clés employés sont *dialecti\** et *DBT*. Plusieurs mots clés

d'exclusion sont employés et une ligne de programmation est créée pour chaque moteur de recherche afin d'épurer les résultats de la recherche bibliographique (voir appendice B). Pour limiter le nombre d'articles traitant de l'évaluation de la TCD auprès d'adultes, seuls les articles qui ciblent les adultes souffrant de SPB sont retenus. Par contre, tous les articles traitant de l'évaluation de la TCD auprès d'adolescents sont conservés étant donné leur petit nombre.

#### 1.4.1 Articles sélectionnés et conservés

Pour débiter, l'utilisation des mots clés a généré 1 753 titres dans les moteurs de recherche psycINFO et Medline. Les articles de langue espagnole, italienne, norvégienne et hollandaise sont exclus ( $n = 14$ ). Seuls les articles de langues anglaise, française et allemande sont conservés. En second lieu, seuls 1 019 articles publiés dans des revues et évalués par un comité de pairs sont retenus. Par la suite, 144 articles traitant principalement de la TCD sont conservés. Suite à une lecture des titres de chaque article, 32 articles traitant de l'évaluation de la TCD pour une population adolescente sont conservés et 62 articles sont retenus pour une population adulte. Après une lecture des résumés, uniquement les articles présentant des données originales sont conservés. Dix-huit articles traitant de l'évaluation de la TCD pour une population adolescente et 49 traitant de l'évaluation de la TCD pour une population adulte avec SPB sont retenus. Après révision des références des articles sélectionnés, aucun article nouveau n'est retrouvé. Par conséquent, cette recension analyse un total de 67 articles (voir appendice C). Trois articles ayant fait une revue de la littérature ou une méta-analyse sur la TCD et une thèse de doctorat sont aussi identifiés (Groves, Backer, van den Bosch et Miller, 2012; Hong, 2004; Kliem, Kröger et Kosfelder, 2010; MacPherson, Cheavens et Fristad, 2013). Ces articles guideront l'analyse de cette recension. La figure 1.3 présente le processus de sélection des articles recensés.

Étant donné le peu de publications existantes sur la TCD adaptée pour une population adolescente, l'analyse de cette recension porte, dans un premier temps, sur les articles traitant de la TCD pour une population adulte et, dans un deuxième temps, sur les articles traitant de la TCD adapté pour les adolescents. Pour chacune de ces populations, l'analyse des caractéristiques, des méthodes d'évaluation et de l'efficacité de la TCD sera présentée.



**Figure 1.3** Processus de sélection des études recensées

#### 1.4.2 Analyse des études chez l'adulte

**Caractéristiques.** Une première analyse des articles traitant de l'évaluation de la TCD pour une population adulte permet de constater que la TCD a été évaluée dans



ces publications auprès de 1 007 adultes (en majorité des femmes) (93 %), ayant entre 18 et 61 ans. Les échantillons qui ont servi à l'évaluation de la TCD ont en moyenne 26,4 participants ( $ET = 19,6$ ; étendue = 3 à 90). Parmi les 49 études recensées, 24 (50 %) ont les CA comme critère d'inclusion (Alper et Peterson, 2001; Andion et coll., 2012; Bedics, Atkins, Comtois et Linehan, 2012; Bohus et coll., 2000; Bohus et coll., 2004; Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith et Simpson, 2007; Dimeff, Rizvi, Brown et Linehan, 2000; Engle, Gadischkie, Roy et Nunziato, 2013; Harned et coll., 2009; Harned, Korslund, Foa et Linehan, 2012; Kleindienst, et coll., 2008; Lindenboim, Comtois et Linehan, 2007; Linehan et coll., 1991; Linehan et coll., 1993; Linehan et coll., 2006 b; Linehan, Tutek, Heard et Armstrong, 1994; Low, Jone, Duggan, Power et MacLeod, 2001; McMain, Guimond, Streiner, Cardish et Links, 2012; McMain et coll., 2009; McQuillan et coll., 2005; Neacsiu, Rizvi et Linehan, 2010 a; Priebe et coll., 2012; Prunetti et coll., 2008; Tuner, 2000).

Dix-neuf études (38,7 %) ont seulement les SPB comme critère d'inclusion (Bernheim et coll., 2011; Brassington et Krawitz, 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger et Kernberg, 2007; Dewe et Krawitz, 2007; Fassbinder et coll., 2007; Feigenbaum et coll., 2012; Friedrich, Gunia et Huppertz, 2003; Harley, Baity, Blais et Jacobo, 2007; Höschel, 2006; Koons et coll., 2001; Kröger et coll., 2006; Prendergast et McCausland, 2007; Schnell et Herpertz, 2007; Simpson et coll., 2004; Soler et coll., 2009; Stepp, Elper, Jahng et Trull, 2008; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul et van den Brink, 2005; van Goethem, Mulders, Muris, Arntz et Egger, 2012; Verheul et coll., 2003).

Trois études (6,1 %) s'intéressaient à des participants adultes toxicomanes (Dimeff et coll., 2000; Linehan et coll., 1999; Linehan et coll., 2002). Une étude est réalisée auprès de femmes avec un trouble alimentaire et un TPB (Palmer et coll., 2003). Une étude est réalisée auprès d'adultes présentant un trouble de stress posttraumatique (TSPT), un TPB et des CA (Harned et coll., 2012). La TCD a été offerte en clinique

externe dans 30 études (61,2 %), en unité d'hospitalisation dans 12 études (24,5 %), en clinique communautaire (par ex. équivalent au CLSC) dans trois études (6,1 %) et en milieu collégial dans une étude (2,0 %). Trois études n'ont pas spécifié le lieu où la TCD a été offerte. L'ensemble des études publiées en anglais, français et allemand a été réalisé aux États-Unis (44,9 %), en Allemagne (18,4 %), en Hollande (8,1 %), au Royaume-Uni (8,1 %), en Nouvelle-Zélande (4,1 %), au Canada (4,1 %), en Espagne (4,1 %), en Suisse (2,0 %), en Italie (2,0 %) et en Australie (2,0 %).

**Méthode.** L'analyse des articles traitant de l'évaluation de la TCD pour une population adulte permet de constater qu'un devis de recherche avec groupe contrôle et assignation aléatoire est utilisé dans 22 études (44,9 %), qu'un devis avec groupe contrôle sans assignation aléatoire est utilisé dans six études (12,2 %) et qu'un devis prétest/posttest sans groupe contrôle est utilisé dans 21 études (42,9 %). En utilisant les définitions des stratégies d'évaluation de Kazdin (1994), une analyse des articles met en lumière les différentes stratégies utilisées. Le tableau 1.2 donne les résultats de cette analyse. Les résultats sont exprimés en pourcentage et le chiffre entre parenthèses exprime le nombre d'articles retrouvés dans chaque stratégie d'évaluation. Ces résultats sont analysés ci-dessous dans le tableau 1.2.

*Évaluation de l'ensemble du traitement.* Dans ces articles (voir appendice C), des études qui vérifient l'efficacité d'une TCD standard (thérapie individuelle, entraînement de groupe, soutien téléphonique et supervision d'équipe) sont trouvées. Ce type d'évaluation vérifie l'efficacité de la TCD en examinant la réduction des CA par l'acquisition des compétences psychosociales. Les résultats de l'analyse de l'efficacité de la TCD sont détaillés plus bas à la rubrique « efficacité » (page 27).

**Tableau 1.2**

Répartition des stratégies d'évaluation de la TCD auprès de l'adulte

Stratégies d'évaluation	Articles adultes	
	%	(n)
<b>Évaluation de l'ensemble du traitement</b>		
Groupe contrôle et assignation aléatoire	22,4	(11)
Groupe contrôle sans assignation aléatoire	-	
Prétest/posttest sans groupe contrôle	20,4	(10)
<b>Comparaison de traitement</b>		
Groupe contrôle et assignation aléatoire	16,3	(8)
Groupe contrôle sans assignation aléatoire	2,0	(1)
<b>Modification des paramètres de traitement</b>		
Groupe contrôle et assignation aléatoire	-	
Groupe contrôle sans assignation aléatoire	4,1	(2)
Prétest/posttest sans groupe contrôle	12,2	(6)
<b>Stratégie de démantèlement</b>		
Groupe contrôle et assignation aléatoire	2,0	(1)
Groupe contrôle sans assignation aléatoire	4,1	(2)
Prétest/posttest sans groupe contrôle	-	
<b>Évaluation des éléments thérapeutiques actifs</b>		
Groupe contrôle et assignation aléatoire	4,1	(2)
Groupe contrôle sans assignation aléatoire	2,0	(1)
Prétest/posttest sans groupe contrôle	10,2	(5)

*Comparaison de traitements.* La TCD est comparée dans neuf études (18,3 %) à un autre type de traitement (Bernheim et coll., 2011; Clarkin et coll., 2007; Linehan et coll., 2002; Linehan et coll., 2008; Linehan et coll., 2006 b; McMain et coll., 2009; McMain et coll., 2012; Simpson et coll., 2004; Turner, 2000). Dans ces comparaisons, la TCD se révèle être équivalente ou supérieure à ces autres traitements. Une première étude fait une comparaison de la TCD avec la thérapie

centrée sur le client (Turner, 2000). Les résultats de cette étude suggèrent que l'individu recevant une TCD présente moins de CA, d'impulsivité, de colère, de dépression, de SPB, d'utilisation de soins hospitaliers et moins d'abandon de traitement. Une deuxième étude compare un groupe expérimental recevant la TCD à une thérapie de groupe centrée sur les 12 étapes des Alcooliques Anonymes (Linehan et coll., 2002). Les résultats indiquent que les participants toxicomanes qui reçoivent une TCD présentent une plus grande diminution de leur consommation. Une troisième étude compare la TCD à une thérapie psychodynamique donnée par des experts de la communauté. Les participants qui reçoivent une TCD présentent une plus grande diminution des TS, des IS, de la dépression, de l'utilisation des services médicaux et de l'abandon de traitement. Une quatrième étude (Clarkin et coll., 2007) compare la TCD à la psychothérapie axée sur le transfert (Clarkin et coll., 2001) et à une thérapie de soutien. Des indicateurs de progrès suggèrent qu'il y aurait une diminution du risque suicidaire avec la TCD et avec la psychothérapie axée sur le transfert. Une cinquième et sixième études (McMain et coll., 2009; McMain et coll., 2012) comparent la TCD à une prise en charge en psychiatrie et à la thérapie psychodynamique de Gunderson (2001). On retrouve dans les deux conditions une diminution des TS, des SPB, de la détresse, de la dépression, de la colère, de l'utilisation des services de santé et une augmentation du fonctionnement interpersonnel. Dans ces comparaisons de traitements, la TCD se révèle être équivalente à la thérapie axée sur le transfert (Clarkin et coll., 2007) et à la thérapie psychodynamique de Gunderson (McMain et coll., 2009). Cette équivalence pourrait s'expliquer par le caractère hautement structuré de ces prises en charge et par l'accent commun de ces thérapies sur le développement d'une meilleure régulation émotionnelle.

Enfin, deux études ont comparé la TCD avec médication contre la TCD avec placebo (Linehan et coll., 2008; Simpson et coll., 2004). Dans l'étude de Linehan (2008), on observe dans les deux conditions une diminution de l'irritabilité, de la dépression et

de l'AM. L'ajout d'olanzapine (antipsychotique-antimaniaque) semble permettre une diminution plus rapide de ces symptômes. Dans l'étude de Simpson (2004), les deux conditions affichent une diminution de la dépression, la colère, de l'irritabilité et des idéations suicidaires. L'ajout de fluoxétine (antidépresseur) ne semble pas bonifier l'intervention de la TCD.

*Modification des paramètres de traitement.* Sous cette rubrique, nous retrouvons des études qui modifient la durée du traitement et qui adaptent la TCD à un autre type de problème psychologique. À l'origine, la durée d'une TCD pour adultes est de 52 semaines. Une étude a réduit à trois semaines la durée de la TCD qui obtient certains résultats favorables (McQuillan et coll., 2005) et cinq études réduisent à douze semaines la durée de la TCD (Bohus et coll., 2000; Bohus et coll., 2004; Engle et coll., 2013; Fassbinder et coll., 2007; Kröger et coll., 2006). À l'origine, la TCD a été développée pour venir en aide à des individus présentant des SPB et des CA. Une étude modifie la TCD pour des adultes présentant un trouble alimentaire (Palmer et coll., 2003) et une autre pour traiter le TSPT (Harned et coll., 2012).

*Stratégie de démantèlement.* Quatre modalités de traitements sont présentes dans la TCD : la thérapie individuelle, l'entraînement de groupe, le soutien téléphonique et la supervision d'équipe. La stratégie de démantèlement est utilisée pour mieux comprendre les modalités d'intervention qui sont nécessaires à la réussite du traitement. Cette recension identifie deux articles qui s'intéressent à l'importance de thérapies individuelles (Harley et coll., 2007) et deux articles s'intéressent à l'importance des groupes (Andion et coll., 2012; Soler et coll., 2009). Dans l'article de Harley (2007), l'importance de la thérapie individuelle d'orientation TCD est évaluée. Les résultats de cette recherche avec groupe contrôle sans assignation aléatoire mettent en évidence une diminution de la dépression et des SPB tant avec les patients recevant une thérapie individuelle non TCD qu'avec les patients recevant une thérapie individuelle de TCD. Toutefois, comme cette étude n'a pas utilisé



d'assignation aléatoire, il peut être difficile d'évaluer la portée des résultats. Nous retrouvons également une étude voulant seulement évaluer l'effet de l'entraînement de groupe (Soler et coll., 2009). Cette étude avec groupe contrôle et assignation aléatoire compare l'entraînement de groupe de la TCD à une thérapie de groupe psychodynamique. Les résultats de cette étude suggèrent que les deux interventions de groupe (TCD ou psychodynamique) ne sont pas suffisantes pour diminuer les CA et les TS. Par contre, l'entraînement de groupe de la TCD s'avère supérieur à l'intervention de groupe psychodynamique en présentant une plus grande réduction de l'abandon de traitement, de la dépression, de l'anxiété et des SPB (Soler et coll., 2009). Enfin, l'article d'Andion (2012) s'intéresse aussi à l'importance de l'entraînement de groupe en comparant une TCD avec toutes ses modalités avec une TCD sans entraînement de groupe. Cette étude qui n'utilise pas d'assignation aléatoire ne trouve pas de différence entre les deux groupes au niveau de la réduction des TS, de l'AM et des visites à l'urgence. En conclusion, ces études suggèrent que la thérapie individuelle semble jouer un rôle dans la réduction des TS (Soler et coll., 2009), qu'un entraînement de groupe d'orientation TCD est préférable (Soler et coll., 2009) et que l'entraînement de groupe sans thérapie individuelle peut aussi s'avérer bénéfique (Andion et coll., 2012).

*Évaluation des éléments thérapeutiques actifs.* La TCD démontre son efficacité pour réduire la colère, la dépression, les SPB, les CA et l'abandon de traitement. L'évaluation des éléments thérapeutiques actifs vise à mieux comprendre les processus par lesquels ces améliorations surviennent. Cette recension révèle que huit études (16,3 %) et une thèse de doctorat récentes s'intéressent à mieux comprendre les composantes de la TCD responsables des gains thérapeutiques observés (Bedics et coll., 2012; Dewe et Krawitz, 2007; Hong, 2004; Lindenboim et coll., 2007; Neacsiu et coll., 2010 a; Prunetti et coll., 2008; Schell et Herpertz, 2007; Stepp et coll., 2008; van Goethem et coll., 2012). Une première étude mesure l'utilité de la compétence telle que perçue par les participants (Dewe et Krawitz, 2007); une



seconde mesure l'hyperactivation émotionnelle (Schell, Herpertz, 2007); une troisième mesure les réponses métacognitives (Prunetti et coll., 2008); et une quatrième évalue la pratique des compétences psychosociales en comptabilisant des agendas hebdomadaires que les participants remplissent tout au long de la thérapie (Lindenboim et coll. 2007). Cette dernière étude montre que les participants ont tendance à rapporter une plus grande utilisation des compétences psychosociales au cours d'une TCD. D'ailleurs, certaines compétences sont plus populaires et plus utilisées, comme les compétences de *mindfulness* et de tolérance à la détresse.

Une autre étude (Neacsiu et coll. 2010 a) confirme qu'il existe un lien entre l'augmentation de l'utilisation des compétences et la diminution des CA. D'ailleurs, Neacsiu et ses collaborateurs (2010 a) affirment qu'il est préférable de mesurer l'utilisation réelle des compétences de la TCD plutôt que d'évaluer les compétences avec des questionnaires qui mesurent la perception que la personne a de ses propres compétences. Ces mêmes chercheurs soulignent aussi que la majorité des instruments de mesure qui évaluent les compétences de *mindfulness*, de tolérance à la détresse, de régulation émotionnelle et d'efficacité interpersonnelle ne captent pas l'entièreté des notions enseignées dans la TCD et qu'il est préférable d'utiliser un questionnaire spécifiquement fait pour évaluer l'utilisation des compétences de la TCD. C'est peut-être pour ces raisons que l'étude de van Goethem et ses collaborateurs (2012) n'arrive pas à confirmer le lien entre l'amélioration des compétences psychosociales et la diminution de l'AM, même si cette dernière a diminué et si les compétences se sont améliorées.

Bref, une dernière étude s'intéresse au développement de l'alliance thérapeutique et de la capacité de la personne à introjecter une image positive de soi lors d'une TCD (Bedics et coll., 2012). Les résultats de cette étude suggèrent que l'on observe une augmentation du sentiment d'affiliation, une meilleure capacité d'affirmation, un plus grand amour de soi et une diminution de l'autocritique après une TCD. Par contre, les

auteurs n'ont pas trouvé de lien avec ces améliorations et la diminution des CA. Finalement, une thèse de doctorat évalue 65 adultes recevant un traitement de TCD et mesure l'évolution des quatre groupes de compétences et le lien de ces compétences avec la diminution des SPB (Hong, 2004). Cette thèse rapporte une amélioration des compétences, mais ne parvient pas à établir un lien entre l'amélioration des compétences et la diminution des SPB. Plusieurs difficultés peuvent expliquer ces résultats, comme un taux d'abandon de 65 %, des instruments aux qualités psychométriques inconnues mesurant des variables qui s'éloignent des compétences de la TCD et des analyses de variance qui demandent un grand nombre de participants.

En résumé, l'analyse de l'ensemble des études s'intéressant aux éléments thérapeutiques actifs de la TCD révèle qu'environ la moitié d'entre elles utilisent un devis prétest/posttest sans groupe contrôle pour évaluer ces mécanismes. Seules les études de Hong (2004) et de Neacsiu et ses collaborateurs (2010 a) choisissent certaines variables qui reposent sur une analyse du cadre de référence de la TCD en ciblant l'utilisation réelle des compétences psychosociales de la TCD. La plupart des études ont eu recours à des variables différentes pour évaluer les mécanismes thérapeutiques actifs de la TCD et peu d'entre elles ont choisi ces variables sur une compréhension approfondie du cadre de référence de la TCD. De plus, aucune de ces études n'a été réalisée auprès d'adolescents. Les recherches futures voulant mieux comprendre les éléments thérapeutiques actifs de la TCD devraient baser le choix de leurs variables sur une analyse de la théorie de la TCD et s'inspirer du travail fait par Neacsiu et ses collaborateurs (2010 a) qui suggère de mesurer aussi l'utilisation des compétences, plutôt que de seulement mesurer l'amélioration des compétences, telle que perçue par la personne.

**Efficacité.** La recension des écrits a dégagé 49 articles traitant de l'évaluation de la TCD auprès des adultes. L'analyse de l'efficacité thérapeutique de la TCD chez

l'adulte repose sur 22 études traitant d'une population adulte employant un devis avec groupe contrôle et assignation aléatoire. Ce choix est fait pour assurer la rigueur de l'analyse de l'efficacité de la TCD et pour respecter les critères de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, 2000). D'abord, on remarque que la TCD semble réduire l'abandon de traitement (Linehan et coll., 1991; Linehan et coll., 1999; Linehan et coll., 2006 b; Soler et coll., 2009; Turner, 2000; van den Bosch et coll., 2002; Verheul et coll., 2003). Il est important de souligner qu'avec ce type de clientèle, la réduction de l'abandon est un gain thérapeutique important, car l'abandon de traitement avec des participants ayant un TPB peut atteindre jusqu'à 80 % (Bornovalova et Daughters, 2007). La méta-analyse réalisée par Kliem et ses collaborateurs (2010) confirme ce résultat et obtient un taux d'abandon de traitement moyen de 27,3 % pour les TCD offertes à des adultes avec des SPB. On remarque également qu'un traitement de TCD semble contribuer à une réduction des CA ou de la dangerosité de ces comportements (Bohus et coll., 2004; Feigenbaum et coll., 2012; Koons et coll., 2001; Linehan et coll., 1991; Linehan et coll., 2006 b; Linehan et coll., 2008; McMain et coll., 2009; Turner, 2000; van den Bosch et coll., 2005; Verheul et coll., 2003), de la dépression (Bohus et coll., 2004; Feigenbaum et coll., 2012; Koons et coll., 2001; Linehan et coll., 2006 b; Linehan et coll., 2008; McMain et coll., 2009; Simpson et coll., 2004; Soler et coll., 2009; Turner, 2000) et des SPB (Bohus et coll., 2004; McMain et coll., 2009; Turner, 2000). Plusieurs études utilisant d'autres indicateurs d'efficacité montrent que les participants ont présenté une amélioration à la suite de la TCD, par exemple une diminution de l'impulsivité (Clarkin et coll., 2007; Turner, 2000; van den Bosch et coll., 2005), de l'utilisation des soins de santé (Linehan et coll., 1991; Linehan et coll., 2006 b; McMain et coll., 2009; Turner, 2000) et de la colère ou de l'irritabilité (Feigenbaum et coll., 2012; Koons et coll., 2001; Linehan et coll., 1994; Linehan et coll., 1999; McMain et coll., 2009; Turner, 2000).

La TCD semble aussi maintenir son efficacité à long terme. Cinq études montrent que la diminution des CA est conservée deux ans après le traitement (Kleindienst et coll., 2008; Linehan et coll., 1993; Linehan et coll., 2006 b; McMain et coll., 2012; van den Bosch et coll., 2005). À ce niveau de relance, trois études observent que les participants à la TCD utilisent moins les services médicaux (Linehan et coll., 1993; Linehan et coll., 2006 b; McMain et coll., 2012) et conservent les améliorations au niveau de l'impulsivité (van den Bosch et coll., 2005). Trois études soulignent que, à la longue, ces participants présentent un meilleur ajustement social (Kleindienst et coll., 2008; Linehan et coll., 1993; McMain et coll., 2012).

Chez des participants suicidaires qui ont des SPB concomitants à un trouble de dépendance à une substance, cette analyse révèle que les participants à une TCD deviennent plus abstinents (Harned et coll., 2009; Linehan et coll., 1999) et qu'ils présentent un meilleur ajustement social (Linehan et coll., 1999). À la relance, quatre mois après le traitement, ces participants semblent conserver leur diminution de consommation (Linehan et coll., 2002).

**En résumé.** D'après le relevé des écrits scientifiques réalisé, il existe actuellement 22 études utilisant un devis avec groupe contrôle et assignation aléatoire pour évaluer la TCD auprès d'adultes avec des SPB. La TCD auprès de cette clientèle démontre un niveau de preuve scientifique établie selon les critères de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, 2000). Diverses nuances sont à apporter à ces résultats. Tout d'abord, 10 études (45,5 %) ont un petit nombre de participants (moins de 14). Ces petits groupes rendent ces études plus sujettes à un biais d'échantillonnage. Aussi, la majorité des études sont réalisées auprès de femmes et il reste encore beaucoup à faire pour connaître l'efficacité de la TCD auprès des hommes. Enfin, il est important de rappeler que la TCD est un traitement comprenant trois phases distinctes, soit la phase de stabilisation des CA par l'acquisition des compétences psychosociales, la phase de réduction du stress posttraumatique et,



finalement, la phase de travail thérapeutique pour l'atteinte des objectifs de vie. La recension révèle que toutes les études évaluent la première phase du traitement de TCD. Cet état des faits indique qu'il y a un manque de connaissances quant à l'efficacité de la TCD dans les deux dernières phases.

#### 1.4.3 Analyse des études chez l'adolescent

**Caractéristiques.** Une première analyse des articles traitant de l'évaluation de la TCD pour une population adolescente permet de constater que la TCD a été évaluée auprès de 531 adolescents. Les échantillons qui ont servi à l'évaluation de la TCD ont en moyenne 33,3 participants ( $ET = 25,0$ ; étendue = 10 à 106) ayant entre 10 et 19 ans et que ces adolescents sont en majorité de sexe féminin (71 %). Parmi les 18 études recensées, huit (44,4 %) ont les CA comme critère d'inclusion (Fleischhaker et coll., 2011; James, Taylor, Winmill et Alfoadari, 2008; James, Winmill, Anderson et Alfoadori, 2011; Katz et coll., 2004; Miller, Wyman, Huppert, Glassman et Rathus, 2000; Rathus et Miller, 2002; Sunseri, 2004; Woodberry et Popenoe, 2008), et six (33,3 %) ont des SPB comme critère d'inclusion (Fleishhaker et coll., 2011; James et coll., 2008; James et coll., 2011; Miller et coll., 2000; Rathus et Miller, 2002; Woodberry et Popenoe, 2008). On peut aussi supposer que, dans les études qui évaluent seulement la TCD auprès d'adolescents hospitalisés (Katz et coll., 2004; McDonnel et coll., 2010), incarcérés (Turpin et coll., 2002) et en centre jeunesse (Sunseri, 2004; Wasser, Tyler, McIlhanney, Taplin et Henderson, 2008), ces SPB pourraient aussi être retrouvés chez ces jeunes. Ces cinq études porteraient ainsi à 11 (61 %) les études ayant des adolescents avec des SPB. En outre, on retrouve sept études (38,9 %) portant sur des problématiques diverses. Parmi elles, deux études sont réalisées auprès d'adolescents présentant des troubles alimentaires (Safer, Lock et Couturier, 2007; Salbach-Andrea, Bonhnekamp, Pfeiffer, Lehmkuhl et Miller, 2008), une étude est effectuée auprès d'adolescents présentant un trouble bipolaire (Goldstein, Axelson, Brimaher et Brent, 2007), une étude est menée auprès de jeunes

avec un trouble oppositionnel (Nelson-Gray et coll., 2006), une étude est effectuée auprès d'adolescents présentant des difficultés développementales (Charlton et Dykstra, 2011) et une autre est réalisée auprès de garçons incarcérés avec comportements impulsifs (Shelton, Kesten, Zhang et Trestman, 2011). Enfin, une histoire de cas est réalisée avec une adolescente avec trichotillomanie (Welch et Kim, 2012).

Par ailleurs, la TCD a été offerte en clinique externe dans neuf études (50 %), en clinique communautaire (par ex. CLSC) dans trois études (16,7 %), en unité d'hospitalisation dans deux études (11,1 %), en centre jeunesse dans deux études (11,1 %) et en prison dans deux études (11,1 %). Ces recherches publiées en anglais, français et allemand ont été réalisées aux États-Unis (50 %), en Allemagne (11,1 %), au Royaume-Uni (11,1 %) et au Canada (5,6 %).

**Méthode.** L'analyse des articles traitant de l'évaluation de la TCD pour une population adolescente permet de constater qu'un devis de recherche avec groupe contrôle sans assignation aléatoire est utilisé dans cinq études (27,8 %) et qu'un devis prétest/posttest sans groupe contrôle est utilisé dans 13 études (72,2 %). Comme pour les articles traitant de l'évaluation de la TCD offerte aux adultes, les stratégies d'évaluation sont analysées. Le tableau 1.3 donne les résultats de cette analyse. Les résultats sont exprimés en pourcentage et le chiffre entre parenthèses exprime le nombre d'articles retrouvés dans chaque stratégie d'évaluation. Ces résultats sont analysés ci-dessous.

*Évaluation de l'ensemble du traitement.* Dans ces articles, (voir appendice C) des études qui vérifient l'efficacité d'une TCD adaptée à l'adolescent sont trouvées. Cette adaptation est composée d'une thérapie individuelle, d'un entraînement de groupe avec les membres de la famille, d'un soutien téléphonique et d'une supervision d'équipe. Ce type d'évaluation vérifie, comme avec les adultes, en examinant la réduction des CA par l'acquisition des compétences psychosociales. Les résultats de



l'analyse de l'efficacité de la TCD sont détaillés plus bas à la rubrique « efficacité » (page 33).

**Tableau 1.3**

Répartition des stratégies d'évaluation de la TCD auprès d'adolescent

Stratégies d'évaluation	Articles adolescents	
	%	(n)
<b>Évaluation de l'ensemble du traitement</b>		
Groupe contrôle sans assignation aléatoire	16,7	(3)
Prétest/posttest sans groupe contrôle	33,3	(6)
<b>Modification des paramètres de traitement</b>		
Groupe contrôle sans assignation aléatoire	5,6	(1)
Prétest/posttest sans groupe contrôle	38,9	(7)
<b>Stratégie de démantèlement</b>		
Groupe contrôle sans assignation aléatoire	5,6	(1)
Prétest/posttest sans groupe contrôle		

*Modification des paramètres de traitement.* Dans cette recension, nous retrouvons des études réalisées auprès d'adolescents qui modifient la durée du traitement (une étude) et qui adaptent la TCD à un autre type de problématique (sept études). Les traitements qui sont évalués auprès des adolescents durent généralement entre 16 et 52 semaines. Une étude a réduit à deux semaines la durée de la TCD (Katz et coll., 2004). Enfin, la TCD a été modifiée pour des jeunes présentant un trouble oppositionnel (Nelson-Gray et coll., 2006), un trouble bipolaire (Goldstein et coll., 2007), un trouble alimentaire (Safer et coll. 2007; Salbach-Andrea et coll., 2008), des besoins développementaux et comportementaux particuliers (Charlton et Dykstra, 2011), des comportements impulsifs en milieu carcéral (Shelton et coll., 2011) et de la trichotillomanie (Welch et Kim, 2012).

*Stratégie de démantèlement.* Une seule étude (5,6 %) réalisée auprès d'adolescents utilise ce type de stratégie d'évaluation. Cette étude évalue l'importance d'ajuster le nombre de modalités de TCD offertes selon la sévérité des difficultés des adolescents (McDonnell et coll., 2010). Malheureusement, la présentation des résultats ne permet pas de répondre aux questions de recherche, car seuls des résultats globaux sont présentés et il est impossible de comparer les différentes conditions de traitement.

En somme, aucune étude évaluant la TCD auprès d'adolescents n'emploie un devis avec groupe contrôle et assignation aléatoire et seulement cinq études (27,8 %) utilisent un groupe contrôle sans assignation aléatoire. Environ la moitié des études évaluent une adaptation de la TCD auprès d'adolescents qui présentent une grande diversité de troubles mentaux. Enfin, aucune ne s'intéresse à mieux comprendre les éléments thérapeutiques actifs de cette thérapie auprès d'adolescents.

**Efficacité.** L'analyse de l'efficacité thérapeutique de la TCD auprès d'une population adolescente a été effectuée exclusivement à partir des cinq études utilisant un devis de recherche avec groupe contrôle sans assignation aléatoire. Dans la première étude (Rathus et Miller, 2002), un groupe de jeunes ayant en moyenne 16 ans et composé en majorité de filles (85 %) reçoit en consultation externe un traitement de TCD de 12 semaines. La TCD est comparée à un groupe contrôle recevant un traitement standard composé d'une thérapie individuelle et d'une thérapie familiale. Les adolescents recevant une TCD ont présenté une plus grande diminution des IS, de la dépression et des SPB. De plus, les résultats ont montré que les participants à la TCD ont été plus nombreux à compléter le traitement et ont été moins hospitalisés pendant celui-ci.

Dans la deuxième étude (Katz et coll., 2004), un groupe de jeunes entre 14 et 17 ans, composé principalement de filles (84 %), reçoit un traitement de TCD de deux semaines en milieu hospitalier. La TCD est comparée à un groupe contrôle recevant un traitement standard d'orientation psychodynamique en milieu hospitalier. Aucune

assignation aléatoire n'est réalisée. Les adolescents hospitalisés recevant une TCD ont présenté moins de comportements agressifs que ceux du groupe contrôle, et les adolescents des deux groupes ont présenté une diminution de la dépression, des IS et de l'AM. Au suivi après un an, ces acquis sont conservés. Par contre, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car le traitement de TCD offert n'est que sur deux semaines et la différence au niveau de l'intensité du traitement reçu pourrait être en cause dans les améliorations observées.

Dans la troisième étude (Trupin et coll., 2002), un groupe de jeunes filles ayant en moyenne 15 ans reçoit un traitement de TCD de 40 semaines dans une unité de détention psychiatrique. La TCD est comparée à un traitement standard appliqué à un groupe contrôle d'une autre unité de détention. Les résultats montrent que le groupe de participants recevant une TCD a reçu moins d'actions punitives par les employés du centre de détention.

Dans la quatrième étude, Wasser et ses collaborateurs (2008) évaluent la TCD auprès d'un groupe d'adolescents ayant en moyenne 15 ans. Ce groupe, composé principalement par des garçons (75 %), reçoit une TCD de 17 semaines en centre jeunesse. La TCD est comparée à la prise en charge habituelle qui est composée d'une thérapie individuelle, d'une thérapie de groupe et de rencontres familiales. Les adolescents recevant une TCD ont une plus grande réduction des symptômes dépressifs et, dans les deux conditions, les adolescents présentent une réduction des symptômes psychiatriques.

Enfin, dans la cinquième étude, McDonell et ses collaborateurs (2010) évaluent la TCD auprès de 106 adolescents hospitalisés ayant entre 12 et 17 ans. Ces adolescents sont majoritairement des filles (56 %). Trois conditions sont mises en place par les chercheurs. Dans la première condition, les adolescents reçoivent une TCD complète de 52 semaines composée d'une thérapie individuelle, de rencontres familiales, d'entraînement de groupe, de soutien téléphonique et de supervision d'équipe.

Dans la deuxième condition, les adolescents reçoivent une TCD composée seulement d'un suivi individuel qui porte son attention sur les compétences enseignées en groupe et sur les CA, d'un entraînement de groupe, de rencontres familiales et d'une supervision d'équipe. Dans la troisième condition, les adolescents reçoivent une TCD composée seulement d'un suivi individuel qui porte son attention sur les compétences enseignées en groupes et d'une supervision d'équipe. De façon globale, les auteurs comparent l'évolution de ces adolescents avec des adolescents n'ayant pas reçu de TCD. Cette comparaison montre que les 106 adolescents (toutes conditions confondues) ont un meilleur ajustement social, une plus grande réduction de l'AM et une diminution de l'utilisation de la médication.

**En résumé.** La TCD semble prometteuse pour venir en aide aux adolescents présentant des CA. Par contre, aucune étude jusqu'à ce jour n'a utilisé un devis de recherche avec groupe contrôle et assignation aléatoire. Les effets observés, des cinq études (27,8 %) utilisées pour évaluer l'efficacité, pourraient être attribuables à des différences intergroupes non contrôlées par l'expérimentateur. De plus, même si ces études suggèrent certains acquis à court terme chez ces adolescents, peu d'information est disponible sur le maintien à long terme de ces améliorations. Cette recension dénote aussi une hétérogénéité importante des traitements de TCD offerts aux adolescents, la durée de l'intervention variant entre 2 et 76 semaines. Cette hétérogénéité rend difficile la comparaison des résultats des études. Il existe déjà un plan détaillé d'une adaptation de la TCD pour une population adolescente (Miller et coll., 2007). Cette adaptation propose un traitement de 20 semaines, demande la participation des parents dans l'entraînement de groupe, offre un soutien téléphonique aux parents et ajoute des notions spécifiques aux relations familiales. Les recherches futures sur la TCD auprès d'adolescents devraient se faire selon les recommandations de ces auteurs pour faciliter la comparaison des résultats et pour profiter de l'expertise de ces chercheurs (MacPherson et coll., 2013).

#### 1.4.4 Variables dépendantes et mesures

Cette recension a identifié quantité de variables dépendantes et méthodes de mesure parmi les 67 articles de cette recension (voir appendice C). De plus, cette recension dénote un manque de consensus dans les différentes études quant au choix des instruments psychométriques pour mesurer ces variables. Cette lacune rend plus difficile la comparaison des études. L'analyse du cadre théorique de la TCD identifie les SPB et les CA comme indicateurs de résultats et l'amélioration des compétences comme indicateur de progrès (voir figure 1.2). Seuls ces indicateurs et leurs mesures sont présentés pour préciser le choix des mesures qui seront utilisées dans le protocole d'évaluation de la TCD élaboré dans cette thèse. Le tableau 1.4 décrit les mesures retrouvées dans les 67 articles de la recension qui évaluent les variables dépendantes identifiées par l'analyse du cadre théorique.

Une première constatation concerne ces instruments : plusieurs études utilisent des mesures aux propriétés psychométriques inconnues, des analyses de dossiers et des entrevues cliniques non structurées pour évaluer les CA. L'imprécision de cette information menace la validité des résultats obtenus par un bon nombre d'études de cette recension. Les études futures devraient porter une plus grande attention au fait d'utiliser des instruments de mesure possédant de bonnes qualités psychométriques afin de bien évaluer ces comportements.

De plus, cette recension identifie plusieurs méthodes de mesure pour évaluer l'évolution des SPB à la suite d'une TCD, comme une entrevue clinique, des observations faites par le clinicien et des questionnaires auto-administrés. Le travail de Bohus et coll. (2009) a permis de développer le *Borderline Symptom List, 23 items* (BSL-23) qui se veut un outil valide et sensible à l'évolution des SPB à la suite d'une TCD. Les études futures voulant évaluer la TCD pourraient bénéficier de cet instrument à 23 items pour mesurer la diminution des SPB.



**Tableau 1.4**  
Liste des méthodes de mesure retrouvées dans les 67 articles de la recension

<i>Variables dépendantes</i>	<i>Méthodes de mesure</i>
Comportements autodestructeurs (CA)	<p><b>Analyses de dossiers*</b></p> <p><b>Entrevue clinique :</b> entrevue clinique maison*, <i>Parasuicide History Interview*</i> (Linehan et coll., 1989), <i>Lifetime Parasuicide Count*</i> (Linehan et Comtois, 1994), <i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i> (Linehan, Comtois, Brown, Heard et Warner, 2006 a)</p> <p><b>Questionnaire :</b> questionnaire d'évaluation du danger suicidaire (Storck, 1977); <i>Harkavy-Amis Suicide Survey</i> (Harkavy-Friedman et Anis, 1989), <i>Overt Aggression Scale</i> (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott et Williams, 1986), <i>Suicidal Behaviors Questionnaire*</i> (Linehan, 1981); questionnaire sur la suicidalité, les comportements autodommageables et la médication (Barnow et coll., 2006); questions supplémentaires du <i>Borderline Symptom List</i> (Bohus et coll., 2009)</p>
Symptômes de la personnalité borderline (SPB)	<p><b>Entrevue clinique :</b> <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axe II</i> (First, Spitzer, Gibbons, Williams et Benjamin, 1996)</p> <p><b>Évaluation faite par les cliniciens :</b> <i>Clinical Global Impression-Borderline Personality Disorder</i> (Pérez et coll., 2007)</p> <p><b>Questionnaire :</b> <i>Life Problems Inventory*</i> (Rathus et Miller, 1995 a), <i>Borderline Personality Disorder Severity Index</i> (Arntz et coll., 2003), <i>Personality Assessment Inventory</i> (Morey, 1991), <i>Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder</i> (Zanarini et coll., 2003), <i>Borderline Symptom List</i> (Bohus et coll., 2009)</p>
Amélioration des compétences	<p><b>Agenda hebdomadaire* et observations cliniques*</b></p> <p><b>Questionnaire :</b> questionnaire maison, <i>Coping Scale for Adults</i> (Frydenberg et Lewis, 1997), <i>Ways of Coping Checklist</i> (Folkman et Lazarus, 1988), <i>DBT-Ways of Coping Checklist</i> (Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch et Linehan, 2010 b), <i>Utrecht Coping List</i> (Schreurs, van den Willige, Tellegen et Brosschot 1988); <i>Inventory of Interpersonal Problems</i> (Horowitz, et coll., 1988), <i>Difficulty in Emotion Regulation Scale</i> (Gratz et Romer, 2004)</p>

\* aucune propriété psychométrique n'est disponible pour ces mesures



Finalement, quelques études ont évalué l'amélioration des compétences de façon globale en utilisant des échelles comme le *Coping Scale for Adults*, le *Way of Coping Checklist* et l'*Utrecht Coping List*. Par contre, ces trois instruments psychométriques ne mesurent pas nécessairement les compétences enseignées dans la TCD. Ceci explique peut-être pourquoi van Goethem et ses collaborateurs (2012) n'arrivent pas à confirmer le lien entre les améliorations des compétences et la diminution des CA. Les études futures voulant évaluer la TCD devraient utiliser le *DBT-Ways of Coping Checklist* (DBT-WCCL) (Neacsiu et coll., 2010 b) qui a été spécifiquement mis au point pour évaluer l'amélioration de l'utilisation des compétences de la TCD. Par contre, on remarque qu'un nombre limité d'études ont évalué spécifiquement l'évolution des quatre groupes de compétences enseignées dans la TCD. Seule une étude mesure les compétences de régulation émotionnelle (Welch et Kim, 2012) avec le *Difficulty in Emotion Regulation Scale* (DERS) et deux études mesurent l'évolution des compétences d'efficacité interpersonnelle (McMain et coll., 2009; McMain et coll., 2012) avec le *Inventory of Interpersonal Problems* à 64 items (IIP-64).

Par ailleurs, une seconde recension des écrits scientifiques est faite pour identifier les instruments psychométriques qui permettent l'évaluation des compétences de *mindfulness*, de régulation des émotions, de la tolérance à la détresse et de l'efficacité interpersonnelle. Cette deuxième recension permet de compléter les mesures trouvées dans le tableau 1.4 et d'identifier des mesures appropriées afin d'évaluer individuellement les quatre compétences de la TCD. Cette recension s'intéresse aux articles publiés entre les années 1960 et 2013. L'appendice B décrit la stratégie de recherche utilisée pour cette recension. Le tableau 1.5 offre une liste des différents instruments trouvés pour mesurer ces compétences.

Tableau 1.5

Liste des instruments trouvés pour mesurer les compétences de la TCD

<i>Compétences</i>	<i>Méthodes de mesure</i>
<i>Mindfulness</i>	<b>Questionnaire</b> : <i>Freiburg Mindfulness Inventory</i> (Buchheld, Grossman et Walach, 2001), <i>Mindful Attention Awareness Scale</i> (Brown et Ryan, 2003), <i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i> (Baer, Smith et Allen, 2004), <i>Cognitive and Affective Mindfulness Scale</i> (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson et Laurenceau, 2007), <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i> (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney, 2006), <i>Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences</i> (Bergomi, Tschacher et Kupper, 2013)
Tolérance à la détresse	<b>Tâche physiologique</b> : Induction d'une détresse par des stress thermiques, physiques ou cognitifs (Burns, Bruehl et Caceres, 2004; Daughters et coll., 2005; Lejuez, Kahler et Brown, 2003).  <b>Questionnaire</b> : <i>Frustration-Discomfort Scale</i> (Harrington, 2005), <i>Discomfort Intolerance Scale</i> (Schmidt, Richey et Fitzpatrick, 2006), <i>Distress Tolerance Scale</i> (Simon et Gaher, 2005), <i>Tolerance of Mood States Scale</i> (Allen, McLean et Byrne, 2012)
Régulation des émotions	<b>Mesure physiologique</b> : Mesure du retour au calme après stress émotionnel (Austin, Riniolo et Porges, 2007)  <b>Questionnaire</b> : <i>Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale</i> (Catanzaro et Mearns, 1990), <i>Trait Meta-Mood Scale</i> (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey et Palfai, 1995), <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i> (Granefski, Kraaij et Spinhoven, 2001), <i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i> (Graz et Roemer, 2004), <i>Regulation of Emotions Questionnaire</i> (Phillips et Power, 2007), <i>Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents</i> (Gullone et Taffe, 2012), <i>Multidimensional Negative Emotions Self-Regulatory Efficacy Scale</i> (Caprara, Di Giunta, Pastorelli et Eisenberg, 2013).
Efficacité interpersonnelle	<b>Questionnaire</b> : <i>Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale</i> (Wople et Lazarus, 1966), <i>Rathus Assertiveness Schedule</i> (Rathus, 1973), <i>Cambrill-Richey Assertion Inventory</i> (Gambrili et Richey, 1975), <i>Scale for Interpersonal Behaviour</i> (Bridges, Sanderman, Breukers, Ranchor et Arrindell, 1991), <i>Responsible Assertion Scale</i> (Williams et Akridge, 1996), Inventaire des difficultés interpersonnelles (version à 32 items et à 64 items) (Barkham, Hardy et Startup, 1996; Horowitz, Alden, Wiggins et Pincus, 2000), <i>Adaptive and Aggressive Assertiveness Scale</i> (Thompson et Berenbaum, 2011).

**En résumé.** La recension montre que, dans son ensemble, la TCD est efficace pour une population adulte avec SPB et prometteuse pour une population adolescente présentant des SPB et des CA. Pour faire avancer les connaissances dans ce domaine, il devient important de mieux comprendre les composantes de la TCD responsables des changements thérapeutiques observés. L'analyse de la théorie du problème et du programme faite dans cette thèse dégage que la TCD vise à diminuer un dysfonctionnement de la régulation émotionnelle en ciblant quatre grands groupes de compétences psychosociales, soit la *mindfulness*, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle et l'efficacité interpersonnelle.

L'analyse du cadre de référence souligne l'importance de mesurer les SPB et les CA (indicateurs de résultats). Suite à la recension exhaustive des publications scientifiques, le *Borderline Symptom List, 23 items* (BSL-23), avec ses questions supplémentaires évaluant les CA, semble l'instrument indiqué pour mesurer ces variables dépendantes, car il présente des qualités psychométriques adéquates, il est connu pour être sensible à l'évolution des SPB à la suite d'une TCD (Bohus et coll., 2009) et son petit nombre d'items permet une économie de temps lors de sa passation.

L'analyse du cadre de référence souligne aussi l'importance de mesurer l'amélioration des compétences enseignées dans la TCD (indicateur de progrès). Suite à la recension exhaustive des publications scientifiques, deux approches sont proposées pour évaluer ces compétences. La première approche suggère d'évaluer globalement l'utilisation des compétences de la TCD. Le DBT-WCCL est le seul instrument qui a été spécifiquement mis au point pour mesurer l'utilisation des compétences de la TCD dans la vie quotidienne (Neacsiu et coll., 2010 b). La deuxième approche suggère de mesurer spécifiquement chaque groupe de compétences de la TCD pour identifier la contribution individuelle des compétences

psychosociales sur le dysfonctionnement de la régulation des émotions. Cette approche vise à évaluer la perception du participant quant aux compétences psychosociales. Avec cette approche, il est possible de vérifier plus spécifiquement quelles compétences psychosociales sont associées avec la diminution des SPB et avec la diminution des CA. Avec cette approche, on ne mesure pas l'utilisation réelle des compétences enseignées dans la TCD (comme avec le DBT-WCCL), mais plutôt l'amélioration générale des quatre compétences telle que perçue par le participant.

Pour la compétence de *mindfulness*, aucun instrument de mesure n'a été identifié lors de la recension des écrits scientifiques (tableau 1.4). Par contre, la synthèse des instruments présentée au tableau 1.5 identifie certains instruments de mesure pour évaluer l'amélioration de cette compétence. Lors du choix des instruments en 2008, seul le *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FMMQ; Baer et coll., 2006) présente des propriétés psychométriques acceptables et évalue un construit de la *mindfulness* compatible avec celui enseigné dans la TCD.

Pour la compétence de tolérance à la détresse, aucun instrument de mesure n'a été identifié dans la recension des écrits scientifiques (tableau 1.4). Par contre, la synthèse des instruments présentée au tableau 1.5 identifie quelques instruments de mesure pour évaluer l'amélioration de cette compétence. Lors du choix des instruments en 2008, seul le *Distress Tolerance Scale* (Simon et Gaher, 2005) présente de bonnes qualités psychométriques, évalue un construit de tolérance à la détresse compatible avec celui enseigné dans la TCD et son petit nombre d'items permet une économie de temps lors de sa passation.

Pour la compétence de régulation émotionnelle, la recension des écrits scientifiques (tableau 1.4) identifie le *Difficulty in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz et Romer, 2004) comme un instrument pertinent pour évaluer l'amélioration de cette compétence. Le DERS présente de bonnes qualités psychométriques, évalue un construit de régulation des émotions compatible avec celui enseigné dans la TCD et il



est connu pour être sensible à l'évolution de la régulation des émotions à la suite d'une TCD (Welch et Kim, 2012).

Pour la compétence d'efficacité interpersonnelle, la recension des écrits (tableau 1.4) identifie la version à 64 items *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-64) comme un bon instrument pour évaluer l'amélioration de cette compétence. La version courte à 32 items du IIP-64 (IIP-32; Barham et coll., 1996) est choisie, car son petit nombre d'items permet une économie de temps lors de sa passation, car il présente des qualités psychométriques semblables au IIP-64 et il évalue un construit d'efficacité interpersonnelle compatible avec celui enseigné dans la TCD.

**En résumé.** Ces deux démarches permettent de dégager les objectifs de cette recherche et d'élaborer des questions de recherche complémentaires permettant à la fois d'évaluer l'amélioration de chacune des compétences psychosociales et d'évaluer globalement l'utilisation réelle des compétences. Cette recherche est réalisée à la CTH de l'HRDP et à la CETDS-J de l'IUSMD. Elle contribue directement au développement de l'évaluation des services cliniques offerts aux adolescents de ces cliniques.

### 1.5 Objectifs de la thèse

Les objectifs de cette thèse sont de réaliser une étude pilote évaluant l'implantation de la TCD à la CTH de l'HRDP et de mener une étude évaluative qui vise à clarifier le lien entre l'amélioration des compétences et la diminution des SPB et des CA après une TCD offerte aux adolescents de la CETDS-J de l'IUSMD.

### 1.6 Contenu de la thèse

En plus du chapitre I qui introduit le sujet, cette thèse comprend trois autres chapitres. Le chapitre II décrit l'étude pilote réalisée à la CTH de l'HRPD qui évalue l'implantation d'une TCD appliquée à l'adolescent. Le chapitre III décrit l'étude

évaluative réalisée la CETDS-J de IUSMD. Finalement, le chapitre IV présente une discussion faisant une synthèse des différents résultats obtenus et une analyse critique faisant ressortir les forces de ces deux études, les limites méthodologiques et les pistes de recherche futures dans l'évaluation de la TCD auprès d'adolescents.

### 1.7 Déroulement de la thèse

Le tableau 1.6 présente les étapes et le déroulement de la recherche liée à cette thèse.

**Tableau 1.6**  
Synthèse des étapes et du déroulement de la recherche liée à la thèse

Étapes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>1) Étude pilote à la CTH</b>						
Recension des écrits	.....		..			...
Analyse du cadre de référence		...				
Élaboration du protocole d'évaluation		...				
Demande au comité d'éthique (HRDP)	.....					
Évaluation de l'implantation		...				
Évaluation des effets auprès de six participants						
Administration des prétests				.....		
Administration des posttests					.....	
Analyses des données et interprétation					..	
<b>2) Étude évaluative à la CETDS-J</b>						
Demande au comité d'éthique (IUSMD)				..		
Administration des prétests				.....		
Administration des posttests					.....	
Analyses des données et interprétation						...

Légende : • = 2 mois





## CHAPITRE II

### THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE AUPRÈS D'ADOLESCENTS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : UNE ÉTUDE PILOTE

#### 2.1 Objectif de recherche

L'équipe de la CTH de l'HRDP a mis sur pied un traitement complet de TCD pour adolescents présentant des CA. Ce programme à l'essai s'est déroulé entre 2008 et 2012. Cette étude pilote comporte deux volets. Un premier volet évalue l'implantation du traitement de TCD et un deuxième évalue les effets de ce traitement auprès de six adolescents présentant des CA. Ce chapitre présente les résultats de cette étude.

#### 2.2 Implantation du traitement de TCD

##### 2.2.1 Question de recherche

La question de recherche posée dans ce premier volet est la suivante : Est-ce que l'analyse des critères de *réalisation* et de *succès* confirme l'intérêt de l'implantation d'un programme complet de TCD à la CTH? Ces critères seront détaillés plus bas.

##### 2.2.2 Méthode

Le premier volet de cette recherche utilise un devis de recherche descriptif pour évaluer l'implantation du traitement de la TCD offert à la CTH. L'implantation de ce

traitement est faite par les professionnels de la CTH, soit trois psychologues, deux ergothérapeutes et un travailleur social. Cette évaluation touche l'intégralité du traitement de la TCD. Les composantes de ce programme sont la thérapie individuelle, l'entraînement de groupe, le soutien téléphonique et la supervision d'équipe. Des observations systématiques et participantes sont réalisées et l'analyse de ces observations est basée sur des critères de *réalisation* et de *succès*. Les critères de *réalisation* permettent de mettre en évidence l'ensemble des retombées et des moyens déployés par la CTH pour implanter le traitement de TCD. Quant à eux, les critères de *succès* permettent d'évaluer, avec un accord interjuge (deux évaluateurs), la qualité et les retombées de l'implantation de la TCD.

### 2.2.3 Résultats

#### 2.2.3.1 Critères de réalisation

L'analyse de l'implantation de la TCD à la CTH montre huit *réalisations*. La première réalisation est la *constitution d'une équipe* de six professionnels en santé mentale travaillant ensemble pour offrir toutes les modalités de la TCD dans leur établissement. La deuxième réalisation est la formation d'un groupe de lecture réunissant tous les membres de l'équipe pour qu'ils *se familiarisent à l'approche*. Lors de ce groupe de lecture, le contenu des manuels de base de la TCD est lu et discuté (Linehan, 1993 a et b; Miller et coll., 2007) pour clarifier la philosophie, le modèle théorique et les stratégies d'intervention de ce traitement. La troisième réalisation est l'ensemble des *représentations institutionnelles* faite par l'équipe auprès des chefs médicaux et administratifs. Ces représentations ont contribué à l'obtention de locaux adaptés de même qu'à l'obtention de financement pour la formation des membres de l'équipe et l'élaboration du matériel clinique. Le caractère novateur et les avantages tant financiers que cliniques de l'implantation d'un tel programme ont été mis de l'avant pour appuyer la demande. La quatrième réalisation est la *formation officielle* suivie par l'équipe. Tous les membres de l'équipe ont suivi

une formation aux États-Unis à raison de deux semaines intensives à six mois d'intervalle. Des travaux individuels et de groupe ont été réalisés. Cette formation a été offerte par des collaborateurs de Marsha Linehan au sein de *Behavioral Tech*, organisme responsable de l'enseignement et de la diffusion de la TCD.

La cinquième réalisation est l'élaboration d'un protocole général d'évaluation. Ce protocole est constitué pour estimer les améliorations des adolescents qui recevront le traitement de TCD. Plusieurs instruments de mesure sont sélectionnés dont le choix repose sur une analyse du cadre de référence de la TCD et sur la recension des écrits scientifiques présentés au chapitre I. La sixième réalisation est la *traduction française et validation des instruments de mesure* qui sont retenus dans cette recherche. Ces outils sont traduits et validés en français par la méthode inversée parallèle de Vallerand (1989). Cette méthode est reconnue pour traduire et adapter une échelle en conservant ses qualités psychométriques. Le tableau 2.1 résume ces étapes.

**Tableau 2.1**  
Étapes de la validation transculturelle (Vallerand, 1989)

Étapes	Procédures
1) Préparation de versions préliminaires	par traduction inversée parallèle
2) Préparation de la version expérimentale	par approche de comité
3) Prétest de la version expérimentale	par évaluation de la recevabilité des énoncés
4) Analyse de fidélité	par la consistance interne
5) Évaluation de la validité de construit	par analyse factorielle
6) Établissement des normes	par les indices statistiques

La première étape de cette méthode consiste à préparer une version préliminaire. Une traduction vers le français (Bibaud-De Serres, 2010) est produite par un comité composé de deux psychologues bilingues, deux traducteurs et deux psychiatres

bilingues. Quatre traductions indépendantes sont issues de ce travail et un accord interjuge est établi. La deuxième étape vise à obtenir une version expérimentale. Pour ce faire, la version préliminaire est retraduite vers l'anglais par deux traducteurs. Notons par ailleurs que cette retraduction est également envoyée à l'auteur de l'instrument pour obtenir une confirmation supplémentaire de la qualité du travail de traduction. L'équipe de traduction dispose alors de deux documents en langue anglaise : l'original et une version retraduite. Le but est alors de comparer ces deux versions pour déceler les glissements de sens causés par une traduction imprécise. Des items semblables sur le plan sémantique témoignent d'une traduction adéquate. À la troisième étape, un prétest est réalisé auprès de 30 étudiants francophones pour évaluer la recevabilité et la compréhensibilité des énoncés (Bibaud-De Serres, 2010). Le niveau de compréhension des étudiants pour chaque énoncé est vérifié en leur demandant de coter la clarté des énoncés sur une échelle de type Likert (1 à 7). Les items obtenant une moyenne de quatre ou moins sont révisés et corrigés. Les quatrième et cinquième étapes visent respectivement à déterminer la fidélité et la validité de construit du résultat de la traduction. Pour ce faire, les six instruments sont administrés à 295 étudiants (Janelle, Bibaud-De Serres et Labelle, 2011). La fidélité est obtenue à l'aide du calcul des alphas de Cronbach (Cronbach, 1951). Pour évaluer la validité de construit, une analyse factorielle confirmatoire est réalisée. Toutes les analyses statistiques sont réalisées avec le logiciel SPSS, version 20.0. Il importe de noter que la permission des concepteurs des six instruments a été obtenue pour réaliser ces traductions françaises. De plus, une approbation du comité départemental d'éthique en psychologie de l'Université du Québec à Montréal a été obtenue pour réaliser cette recherche (voir appendice E). Enfin, les étudiants participant à l'étude ont été avisés de leur droit de retrait ainsi que de l'anonymat de leurs réponses. Ces éléments sont confirmés par la signature d'un formulaire de consentement. Les résultats sommaires de cette validation sont indiqués dans la description de toutes les mesures à la section 2.3.2.6 de cette thèse. Pour une description détaillée de ces



résultats, consulter le rapport de recherche de Janelle, Bibaud-De Serres et Labelle (2011).

La septième réalisation associée à l'implantation de la TCD à la CTH est *l'établissement d'un protocole d'intervention*. Ce protocole permet la mise en place des quatre modalités de la TCD, soit une thérapie individuelle pour tous les adolescents, un groupe d'entraînement aux compétences pour les parents et les adolescents, un groupe de supervision hebdomadaire pour les thérapeutes et un soutien téléphonique. Un local adapté pour les séances de groupe est aménagé. Des représentations faites auprès des chefs administratifs mènent à des ententes cliniques et administratives concernant le soutien téléphonique. Après plus de deux ans de travail, cette équipe a donc pu déployer l'ensemble des modalités de traitement de TCD. La dernière *réalisation* est la *production du matériel clinique*. Lors de l'implantation, une adaptation du matériel clinique donné aux adolescents et aux parents est réalisée. Les manuels de base (Linehan, 1993 a et b; Miller et coll., 2007) sont utilisés pour réaliser ce travail. Cette tâche permet de constituer un recueil explicatif de l'ensemble des compétences enseignées dans la TCD, de mettre au point les agendas hebdomadaires en langue française et d'élaborer des mini-fiches résumant les compétences psychosociales.

#### 2.2.3.2 Critères de succès

L'analyse de l'atteinte des six critères de *succès* confirme la réussite de l'implantation de la TCD à la CTH. Voici les détails de cette analyse et des retombées de l'implantation.

Le premier critère évalue la *réussite de la formation de l'équipe*. L'atteinte de ce critère est confirmée par la formation intensive donnée par *Behavioral Tech* à tous les membres de l'équipe. Plusieurs travaux d'équipe sont faits et un examen écrit individuel est réussi par chaque membre de l'équipe. D'ailleurs, l'équipe obtient la

première place lors de l'évaluation finale faite par *Behavioral Tech*. Une retombée de cette formation par l'équipe est le développement d'une expertise en TCD à la CTH de l'HRDP.

Le deuxième critère évalue la *réussite de la mise en place des modalités du programme original*. L'analyse des moyens déployés lors de l'implantation de la TCD confirme la réussite de la mise en place de l'ensemble des modalités d'intervention d'une TCD. Cette analyse, structurée avec la grille I de l'appendice D, indique que les moyens respectent le programme original (Miller et coll., 2007) dans une proportion de 90,1 % et un accord interjuge avec un kappa de 0,78 est obtenu entre les deux évaluateurs. Cette note de 90,1 % atteint le seuil d'acceptabilité de 85 %<sup>1</sup>. Une retombée du succès de la mise en place de ce programme est la disponibilité d'un deuxième traitement de TCD francophone pour adolescents à Montréal. Le premier à Montréal est celui offert par l'IUSMD.

Le troisième critère évalue la *réussite de la mise en place du protocole général d'évaluation*. L'analyse du respect du protocole d'évaluation confirme la réussite de l'évaluation de la TCD à la CTH. Cette analyse, structurée avec la grille II de l'appendice D, indique que l'évaluation faite respecte les étapes du protocole général d'évaluation dans une proportion de 85,7 % et un accord interjuge avec un kappa de 1,00 est obtenu entre les deux évaluateurs. Cette note plus faible s'explique par la difficulté des thérapeutes individuels à remplir une grille qui évalue l'intégrité thérapeutique des rencontres individuelles. Cette note de 85,7 % atteint le seuil d'acceptabilité de 85 %. Une retombée de cette réussite est la création d'un protocole général d'évaluation qui peut être utilisé par une équipe voulant évaluer la TCD.

Le quatrième critère évalue la *réussite de la mise en place d'un protocole général d'intervention*. L'analyse de la disponibilité de protocoles d'intervention structurant

---

<sup>1</sup> Tous les seuils d'acceptabilité de cette étude ont été établis par les évaluateurs de l'implantation.

le traitement de TCD confirme la réussite du déploiement d'un protocole de traitement de TCD. Cette analyse, structurée avec la grille III de l'appendice D, indique que les protocoles respectent ceux utilisés dans une TCD dans une proportion de 87,6 % et un accord interjuge avec un kappa de 1,00 est obtenu entre les deux évaluateurs. L'analyse du protocole général d'intervention montre l'absence d'une entente écrite entre les thérapeutes de l'équipe qui détaille la philosophie qui guide l'intervention et les engagements qu'ils prennent entre eux lors d'une rencontre de supervision d'équipe. Cette entente écrite est généralement demandée dans un traitement de TCD d'origine (Miller et coll., 2007). La note de 87,6 % atteint le seuil d'acceptabilité de 85 %. Une retombée de cette réussite est la création d'un ensemble de protocoles d'intervention francophones qui sont comparables à ceux retrouvés dans un traitement de TCD d'origine.

Le cinquième critère évalue *le respect du contenu des rencontres individuelles*. L'analyse d'observations effectuées par les thérapeutes individuels durant leurs rencontres avec les adolescents soutient le déploiement des stratégies d'intervention spécifique à la TCD durant les rencontres individuelles. Cette analyse, structurée avec la grille IV de l'appendice D, suggère que 96,6 % des stratégies d'intervention évaluées respectent celles utilisées dans une thérapie individuelle de la TCD. La note de 96,6 % dépasse le seuil d'acceptabilité de 85 %. Une retombée est la mise en place de rencontres individuelles respectant le traitement de TCD d'origine.

Le sixième critère évalue *la réussite associée à l'élaboration du matériel utilisé dans l'entraînement de groupe*. L'analyse du matériel produit par l'équipe de la CTH confirme que le matériel utilisé dans l'entraînement de groupe respecte le contenu du traitement original de TCD. Cette analyse de contenu, structurée avec la section A de la grille V de l'appendice D, indique que le matériel produit respecte le programme original (Miller et coll., 2007) dans une proportion de 90 % et un accord interjuge avec un kappa de 0,64 est obtenu entre les deux évaluateurs. Cette note de 90 %

atteint le seuil d'acceptabilité de 85 %. Une retombée est la disponibilité de documents didactiques francophones capables d'assister l'entraînement de groupe de TCD auprès d'adolescents.

## 2.3 Effets du programme

### 2.3.1 Questions de recherche

Le deuxième volet de l'étude pilote vise à évaluer l'effet du traitement de TCD auprès de six adolescents. L'élaboration du protocole général d'évaluation repose sur l'analyse du cadre de référence et la recension des écrits scientifiques effectuée dans le chapitre I de cette thèse. Deux questions de recherche sont posées : Q1) Est-ce que l'on observe dans la mesure du BSL-23 une diminution des SPB et des CA suite à une TCD chez les adolescents? Q2) Est-ce que l'on observe dans la mesure du DBT-WCCL, du FFMQ, du DTS, du DERS et du IIP-32 une amélioration des compétences suite à une TCD chez les adolescents?

### 2.3.2 Méthode

Un devis non expérimental avec prétest et posttest est utilisé. Les six participants sont testés avant de recevoir une TCD et sont testés à nouveau après 20 semaines d'intervention. Les jeunes qui participent à cette recherche proviennent de la CTH de l'HRDP. Les adolescents admis à cette étude ont entre 14 et 17 ans. Le choix de ce groupe d'âge permet d'assurer une plus grande homogénéité du développement de la pensée abstraite, de la pensée complexe et de la capacité de révélation de soi (Meece, 2002). Le tableau 2.2 décrit les critères d'inclusion et d'exclusion des participants à cette étude. Le choix de ces critères d'inclusion repose sur la recension des écrits faite dans le chapitre I et veut s'harmoniser avec les études évaluatives déjà existantes. Par exemple, les articles évaluant la TCD auprès d'adolescents présentant des SPB ont tendance à retenir les adolescents qui répondent à trois critères du trouble de la personnalité limite du DSM-5 et qui présentent des CA depuis 16 semaines.

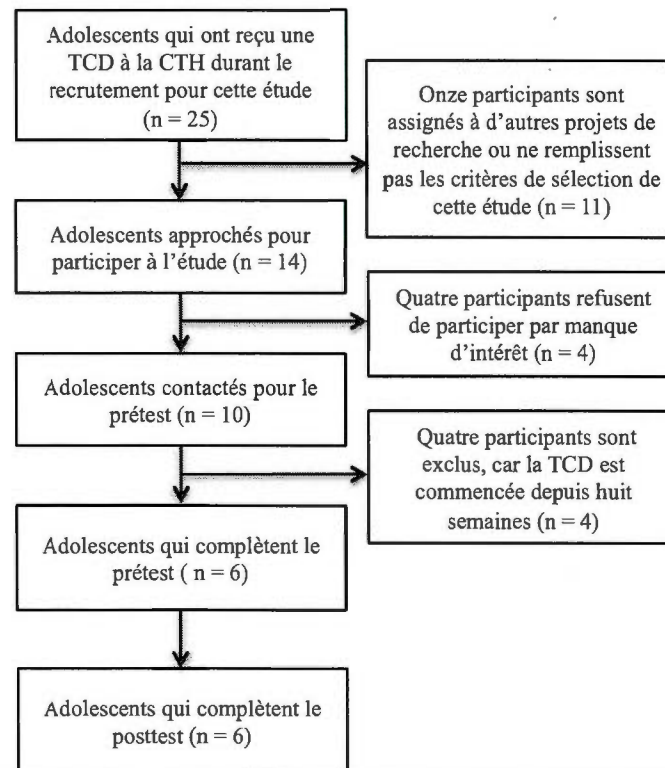
**Tableau 2.2**

Critères d'inclusion et d'exclusion des participants de l'étude pilote

<b>Critères d'inclusion</b>
Recevoir des services de la CTH de l'HRDP
Être âgé entre 14 et 17 ans inclusivement
Présenter des CA au cours des 16 dernières semaines
Répondre à trois critères du TPB comme définis dans le DSM-5
<b>Critères d'exclusion</b>
Présenter des symptômes psychotiques
Présenter un trouble bipolaire
Présenter un retard mental
Présenter un trouble sévère de la conduite

Un total de 25 adolescents reçoit une TCD entre 2011 et 2012. Onze adolescents ne sont pas approchés pour participer à cette étude, car ils sont assignés à d'autres projets de recherche de la CTH ou ne remplissent pas les critères de sélection de cette étude. Au final, quatorze adolescents sont contactés pour participer à l'étude pilote. Quatre adolescents refusent de participer par manque d'intérêt. Quatre sont exclus, car ils ont déjà commencé le traitement de TCD depuis huit semaines lorsqu'ils sont contactés pour la passation du prétest. Un total de six participants complète le prétest et le posttest. La figure 2.1 illustre la sélection de ces participants.





**Figure 2.1** Analyse de la sélection des participants à l'étude pilote

### 2.3.2.1 Caractéristiques des participants

Les participants sont quatre filles et deux garçons âgés de 14 à 17 ans ( $M = 16,3$ ;  $ÉT = 0,63$ ). L'analyse des dossiers médicaux (voir la grille de l'appendice F) confirme que tous les participants respectent les critères d'inclusion et d'exclusion de cette étude. Le tableau 2.3 détaille les principales caractéristiques des participants de cette étude pilote. Cette analyse révèle qu'un participant se distingue des autres membres du groupe en présentant un profil clinique plus lourd avec plusieurs comorbidités.

**Tableau 2.3**  
Caractéristiques des participants de l'étude pilote

Variables	Fréquences et pourcentage
Âge	15 à 17 ( $M = 16,0$ ; $ÉT = 0,63$ )
Sexe	
Filles	4 (66,7 %)
Garçons	2 (33,3 %)
Ethnicité	
Caucasienne	4 (66,7 %)
Asiatique	1 (16,7 %)
Afro-caribéenne	1 (16,7 %)
Milieu de vie	
Monoparentale (mère)	5 (83,3 %)
Centre jeunesse	1 (16,7 %)
Comportements autodestructeurs	
Tentative de suicide seulement	2 (33,3 %)
Automutilation seulement	-
Tentative de suicide et automutilation	4 (66,7 %)
Nombre de tentatives de suicide au prétest	
Aucune tentative de suicide	2 (33,3 %)
Une tentative de suicide	2 (33,3 %)
Deux tentatives de suicide	2 (33,3 %)
Nombre de SPB selon le DSM-5	3 à 8 ( $M = 6,3$ ; $ÉT = 2,0$ )
Comorbidité	
Aucun diagnostic au dossier médical	1 (16,7 %)
Deux diagnostics au dossier médical	3 (50,0 %)
Trois diagnostics au dossier médical	1 (16,7 %)
Cinq diagnostics au dossier médical	1 (16,7 %)
Prise d'une médication	4 (66,7 %)

#### 2.3.2.2 Intervention offerte

Tous les participants reçoivent un traitement de TCD tel qu'adapté par Miller et ses collaborateurs (2007). Le programme de traitement proposé dure 20 semaines et est donné par l'équipe de la CTH de l'HRDP. Durant ces 20 semaines, les adolescents

assistent de façon hebdomadaire à une rencontre en groupe de deux heures pour l'entraînement aux compétences. Cette rencontre est animée par deux cliniciens. Durant cette rencontre, les adolescents apprennent et pratiquent les compétences proposées. Le contenu du groupe de compétences est divisé en quatre modules et chacun d'eux module enseigne une compétence précise : la *mindfulness*, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle, l'efficacité interpersonnelle. Les parents de ces adolescents participent activement à ces groupes de compétences. Ils apprennent les mêmes compétences que leurs adolescents et il leur est demandé d'aider leurs jeunes à mettre en pratique ces compétences dans la vie quotidienne. Les adolescents assistent également chaque semaine à une rencontre de thérapie individuelle d'une durée de 50 minutes avec leur thérapeute. Cette thérapie individuelle est structurée selon la hiérarchie des cibles de traitement de TCD et une attention particulière est portée pour que l'adolescent puisse mieux appliquer les compétences apprises à des situations personnelles. De plus, le thérapeute offre une aide d'urgence par des disponibilités téléphoniques de 9 h à 24 h durant les jours de la semaine. Il était demandé au participant d'appeler le bureau du thérapeute individuel durant les heures de travail et d'appeler sur un téléavertisseur après 17 h pour joindre un thérapeute de garde. Cette disponibilité permet à l'adolescent d'appliquer l'apprentissage de ces compétences à des situations de crise. Le thérapeute responsable de la thérapie individuelle est aussi qualifié de thérapeute primaire. Il est important de spécifier que le traitement de TCD qui est évalué par cette étude correspond à la première étape d'un traitement de TCD. Cette première étape de traitement vise la stabilisation de l'adolescent et la diminution des CA par l'intégration et la généralisation de compétences psychosociales. Les étapes deux et trois, qui sont respectivement une intervention sur les événements traumatiques et une intervention visant l'amélioration de la qualité de la vie (Linehan, 1993 a), ne sont pas évaluées dans cette étude pilote.

### 2.3.2.3 Intégrité de l'intervention

Les thérapeutes donnant le traitement ont reçu une formation intensive en TCD aux États-Unis par *Behavioral Tech*, organisme officiel responsable de la diffusion de la TCD. Une formation en ligne donnée par *Behavioral Tech* a aussi été suivie par plusieurs de ces thérapeutes. Cette formation touchait les compétences enseignées en groupe, les stratégies de validation et l'analyse en chaîne. Enfin, des réunions de supervision hebdomadaire étaient planifiées tout au long du traitement pour s'assurer du respect de l'intégrité du traitement. Le traitement était offert par l'équipe et par deux collègues supervisés par l'équipe (pour plus d'information sur l'intégrité de l'intervention, voir l'analyse des critères de succès à la section 2.2.3.2).

### 2.3.2.4 Variables de sélection

Les critères d'exclusion et d'inclusion sont évalués selon l'information et les diagnostics inscrits au dossier par l'équipe multidisciplinaire de la CTH. L'évaluation faite par cette équipe repose sur les meilleures pratiques en évaluation. Cette évaluation est faite à l'aide d'entrevues cliniques et de questionnaires. Voici quelques exemples d'entrevues utilisées dans cette évaluation : la grille abrégée et révisée de suicidalité (Posner et coll., 2007), l'entrevue du Kiddie-Sads-PL (Kaufman et coll., 1997) et l'entrevue diagnostique pour la personnalité borderline (DIB-R; Zanarini et coll., 1989). L'évaluation de la présence de CA est aussi confirmée par une analyse des renseignements présents dans le dossier médical. Cette analyse est guidée par une grille d'analyse (voir l'appendice F).

### 2.3.2.5 Variable indépendante

La validité interne du traitement de TCD est contrôlée en mesurant l'adhérence au modèle d'intervention de la TCD. L'adhérence est évaluée par une analyse d'observations effectuées durant les séances de thérapie individuelle. Les thérapeutes offrant la thérapie individuelle ont rempli, après chaque rencontre avec les

adolescents, une grille évaluant l'intégrité thérapeutique (voir la grille IV de l'appendice D). Une grille évaluant l'intensité de l'intervention est remplie pour chaque participant (voir la grille VI de l'appendice D).

#### 2.3.2.6 Variables dépendantes

Le choix des variables dépendantes de cette étude repose sur l'analyse du cadre de référence de la TCD qui a identifié des indicateurs de résultats et des indicateurs de progrès. Les variables dépendantes servant d'indicateurs de résultats sont un score des SPB et un score des CA qui sont mesurés par le BSL-23. Les variables dépendantes servant d'indicateurs de progrès sont l'amélioration de la *mindfulness* qui est mesurée par le FFMQ, de la tolérance à la détresse qui est mesurée par le DTS, de la régulation des émotions qui est mesurée par le DERS et de l'efficacité interpersonnelle qui est mesurée par le IIP-32. Un autre indicateur de progrès est l'utilisation réelle de l'ensemble des compétences qui est mesurée par le DBT-WCCL. Le choix de ces instruments de mesure est expliqué en détail à la section 1.4.4 de cette thèse. Une description des questionnaires qui évaluent les variables dépendantes de cette étude sera présentée dans les prochains paragraphes (pour une copie des questionnaires, voir l'appendice G).

*Les symptômes de la personnalité borderline.* Cette variable est mesurée par la version courte de la liste des symptômes de la personnalité borderline (BSL-23; Bohus et coll., 2009). Cette échelle évalue avec 23 items les symptômes qui sont spécifiques à la personnalité borderline. Cet instrument a été créé à partir d'une version plus longue possédant 95 items (BSL-95; Bohus, Limberger, Frank, Chapman, Kühler et Stieglitz, 2007). Il est demandé au répondant d'évaluer à quel point il a souffert des problèmes décrits par les items sur une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout) à 5 (très fortement). Un score total est obtenu en faisant la moyenne des scores aux items répondus. Un score élevé indique la présence importante de SPB. Les qualités psychométriques de cette échelle ont été testées



auprès de 659 adultes âgés entre 18 et 60 ans présentant un TPB. L'analyse factorielle révèle la présence d'un seul facteur général de symptômes. L'échelle présente une bonne consistance interne avec un alpha de Cronbach de 0,94 et présente une bonne fidélité test-retest d'une semaine avec un  $r = 0,82$  ( $p < 0,0001$ ). Cet instrument présente une bonne validité de convergence avec le *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer et Brown, 1996) et le *Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1992; Franke, 1995) et avec la liste des symptômes de la personnalité borderline à 95 items. De plus, cet instrument présente une bonne validité discriminante en étant capable de bien faire la distinction entre des patients présentant un TPB et des patients avec un trouble à l'axe I (taille d'effet moyen de  $d = 1,13$ ). Enfin, cet instrument présente une bonne sensibilité à mesurer les changements après trois mois de TCD avec une taille d'effet de  $d = 0,47$ . Les qualités psychométriques de cette échelle ont été testées auprès de 260 étudiants universitaires francophones dont la moyenne d'âge est de 26 ans. L'analyse factorielle confirmatoire révèle la présence d'un seul facteur et l'analyse de la consistance interne obtient un alpha de Cronbach de 0,98 (Janelle, Bibaud-De Serres et Labelle, 2011).

*Les comportements autodestructeurs.* Cette variable est évaluée par des questions complémentaires de la version courte de la liste des symptômes de la personnalité borderline (BSL-23; Bohus et coll., 2009). Ces onze questions évaluent les TS et l'AM. Il est demandé aux répondants d'évaluer combien de fois ils ont commis certains comportements dans la dernière semaine. Chaque question est évaluée sur une échelle de type Likert allant de 0 (jamais) à 4 (7 fois et plus). L'utilisation de ces questions complémentaires permet d'avoir une échelle ordinale et le calcul d'un score global évaluant les CA.

*La mindfulness.* Cette variable est évaluée par le questionnaire à cinq dimensions de la *mindfulness* (FFMQ). Cet instrument développé par Baer et coll. (2006) résulte d'une intégration de diverses échelles mesurant la *mindfulness*. Cette échelle de

39 items comprend cinq sous-échelles mesurant un aspect spécifique de la *mindfulness*, à savoir comment aborder l'expérience humaine en observant, décrivant, agissant avec présence, et ce, en ne jugeant pas et en étant non réactif face à l'expérience intérieure. Chaque item est coté sur une échelle de type Likert allant de 1 (jamais vrai ou rarement vrai) à 5 (très souvent vrai ou toujours vrai). Les items 3, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 28, 30, 34, 35, 38 et 39 doivent être inversés. Un score pour chaque sous-échelle est calculé en additionnant le résultat obtenu aux items des sous-échelles. Un score élevé signifie une bonne capacité de *mindfulness*. Par la suite, un score total est calculé en additionnant le score de chaque sous-échelle. Les qualités psychométriques de ce questionnaire ont été démontrées auprès de 278 adultes (Baer et coll., 2008). La cohérence interne varie entre 0,67 et 0,92. L'analyse factorielle confirmatoire indique la présence de cinq dimensions avec un index comparatif d'ajustement à 0,97 (*Comparative Fit Index*). Cet instrument présente également une bonne validité convergente avec l'échelle mesurant le bien-être psychologique de Ryff (1989) et présente une bonne validité divergente avec le *Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1992). Les qualités psychométriques de cette échelle ont été testées auprès de 260 étudiants universitaires francophones dont la moyenne d'âge est de 26 ans. L'analyse factorielle confirmatoire révèle la présence de cinq facteurs et l'analyse de la consistance indique un alpha de Cronbach variant entre 0,79 et 0,91 (Janelle, Bibaud-De Serres et Labelle, 2011).

*La tolérance à la détresse.* Cette variable est mesurée par l'Échelle de tolérance à la détresse (DTS) développée par Simons et Gaher (2005). Cette échelle mesure la tolérance à la détresse à partir de 15 items regroupés en quatre sous-échelles. Ces sous-échelles ont trait à l'évaluation de la détresse, la régulation de l'impulsivité, la résistance à la crise et la force de l'envahissement émotionnel. Chaque item est coté sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en accord) à 5 (fortement en désaccord). Un score total est obtenu en faisant la moyenne de la moyenne des

résultats obtenus aux items des sous-échelles. Seul l'item 6 doit être inversé. Un score élevé signifie une bonne capacité à tolérer la détresse. Les qualités psychométriques du questionnaire ont été testées auprès de 823 adultes. L'analyse factorielle confirmatoire identifie la présence d'un seul facteur expliquant 88 % de la variance (Simons et Gaher, 2005). Cette échelle est corrélée avec certaines échelles comme *General Temperament Survey* (Clark et Watson, 1990;  $r = -0,59$ ) évaluant le tempérament et avec le *Affective Lability Scale* (Harvey, Greenberg et Serper, 1989;  $r = -0,51$ ) évaluant la labilité émotionnelle. Les qualités psychométriques de cette échelle ont été testées auprès de 260 étudiants universitaires francophones dont la moyenne d'âge est de 26 ans. L'analyse factorielle confirmatoire distingue la présence d'un seul facteur et l'analyse de la consistance montre un alpha de Cronbach de 0,91 (Janelle, Bibaud-De Serres et Labelle, 2011).

*La régulation émotionnelle.* Cette variable est évaluée par l'échelle de difficultés de régulation des émotions (DERS; Gratz et Roemer, 2004). Cette échelle mesure la régulation émotionnelle et présente 36 items. Elle comprend six sous-échelles portant sur l'acceptation des émotions, l'habileté à s'engager dans des comportements dirigés vers un but, la capacité de contrôler l'impulsion, la capacité à porter attention à ses émotions, la capacité d'utilisation de stratégies étant perçues efficaces et la clarté de l'expérience émotionnelle. Chaque item est coté sur une échelle Likert où la personne évalue à quelle fréquence l'énoncé le concerne, allant de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours). Un score total est obtenu en additionnant les résultats obtenus à chaque item. Les items 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 et 34 doivent être inversés. Un score élevé signifie une difficulté à réguler les émotions. Les qualités psychométriques du questionnaire ont été testées auprès de 479 adultes. La cohérence interne des six sous-échelles varie entre 0,80 et 0,89 (Gratz et Roemer, 2004). Une analyse factorielle confirme la présence de six dimensions correspondant aux six sous-échelles (Gratz et Roemer, 2004). La fidélité test-retest a été évaluée avec 194 participants sur une période de quatre à huit semaines et présente un bon résultat

avec un  $r = 0,88$ . Enfin, cette échelle présente une bonne validité convergente ( $0,69$ ;  $p < 0,01$ ) avec le *Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale* (Catanzaro et Mearns, 1990). Les qualités psychométriques de cette échelle ont été testées auprès de 260 étudiants universitaires francophones dont la moyenne d'âge est de 26 ans. L'analyse factorielle confirmatoire révèle la présence de six facteurs et l'analyse de la consistance interne obtient un alpha de Cronbach variant entre  $0,80$  et  $0,93$  (Janelle, Bibaud-De Serres et Labelle, 2011).

*L'efficacité interpersonnelle.* Cette variable est évaluée par la version courte de l'Inventaire des difficultés interpersonnelles (IIP-32). Ce questionnaire, développé par Barkham, Hardy et Startup (1996), possède 32 items qui évaluent les difficultés interpersonnelles. Cet inventaire a été créé à partir d'une version plus longue possédant 64 items (IIP-64). Cette échelle est subdivisée en huit sous-échelles : 1) difficulté à être sociable; 2) difficulté à s'affirmer; 3) difficulté à être soutenant; 4) difficulté à s'impliquer; 5) être trop dépendant; 6) être trop attentionné; 7) être trop agressif et 8) être trop ouvert. Quatre scores normalisés sont calculés avec ces huit sous-échelles pour établir un score sur quatre dimensions bipolaires, soit les difficultés avec la compétition, avec la socialisation, à prendre soin d'autrui et avec l'indépendance. Les qualités psychométriques du questionnaire ont été démontrées auprès de 250 adultes. La cohérence interne varie entre  $0,71$  et  $0,89$  (Barkham et coll., 1996). L'analyse en composantes principales révèle huit facteurs. Ces facteurs expliquent 66 % de la variance et tous les facteurs ont une valeur propre (*eigenvalues*) supérieure à un. De plus, Horowitz et ses collaborateurs (1988) confirment que la version longue de cet inventaire, soit l'IIP-64, présente une bonne validité convergente avec l'Inventaire d'affirmation de Rathus (Rathus, 1973), avec l'échelle de solitude d'UCLA (Russell, Peplau et Cutrona, 1980) et avec l'Inventaire de la dépendance interpersonnelle (Hirschfeld et coll., 1977). Les qualités psychométriques de cette échelle ont été testées auprès de 260 étudiants universitaires francophones dont la moyenne d'âge est de 26 ans. L'analyse factorielle



confirmatoire révèle la présence de huit facteurs et l'analyse de la consistance interne obtient un alpha de Cronbach variant entre 0,71 et 0,89 (Janelle, Bibaud-De Serres et Labelle, 2011).

*Utilisation de l'ensemble des compétences psychosociales.* Comme dans les travaux de Neacsiu, Rizvi et Linehan (2010 a), l'utilisation réelle des compétences psychosociales est évaluée. Cette variable est évaluée par la liste des stratégies d'adaptation de la TCD (DBT-WCCL; Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch, et Linehan, 2010 b). Cet instrument est une adaptation de la *Revised Way of Coping Checklist* (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, et Becker, 1985) qui évalue des stratégies d'adaptation qui sont enseignées dans la TCD. Cette échelle autorapportée évalue la fréquence d'utilisation des compétences dans le dernier mois (Neacsiu et coll., 2010 b). Elle comprend deux sous-échelles, dont la première est composée de 38 items portant sur les compétences liées à la TCD et la deuxième est formée de 21 items associés aux compétences non fonctionnelles. Un score moyen est calculé pour chaque sous-échelle en additionnant les résultats obtenus aux items de ces sous-échelles. Chaque item est coté sur une échelle Likert où la personne évalue à quelle fréquence l'énoncé est utilisé, allant de 0 (jamais utilisé) à 3 (régulièrement utilisé). Les qualités psychométriques du questionnaire ont été testées auprès de 332 adultes âgés entre 18 à 60 ans présentant un TPB. L'analyse factorielle exploratoire indique la présence de deux facteurs expliquant 41,11 % de la variance. La cohérence interne des deux sous-échelles varie entre 0,88 et 0,92. La fidélité test-retest a été évaluée après quatre mois avec 116 participants et présente une bonne stabilité temporelle ( $r = 0,66, p < 0.001$ ). Les qualités psychométriques de cette échelle ont été testées auprès de 260 étudiants universitaires francophones dont la moyenne d'âge est de 26 ans. L'analyse factorielle confirmatoire révèle la présence de deux facteurs et l'analyse de la consistance interne obtient un alpha de Cronbach variant entre 0,90 et 0,91 (Janelle, Bibaud-De Serres et Labelle, 2011).



#### 2.3.2.7 Procédures

Pour débiter, une vérification des critères d'inclusion et d'exclusion est réalisée par l'infirmière de la CTH pour confirmer l'admissibilité des participants potentiels. Lors d'un premier contact, l'infirmière explique sommairement le projet de recherche au jeune et au représentant légal du jeune. L'objectif est d'obtenir leur consentement pour communiquer avec le jeune afin de fournir plus de renseignements sur l'étude et son déroulement. Suite à l'obtention du consentement du jeune et de son représentant légal, un contact est réalisé pour donner un rendez-vous. Lors de cette rencontre, toute l'information sur le projet de recherche est donnée et le formulaire de consentement est signé. Suite à la signature de ce dernier, une rencontre est prévue pour la passation des questionnaires du premier temps de mesure. La durée de passation des questionnaires est d'environ 40 minutes. Cette évaluation est planifiée une à deux rencontres avant le traitement de TCD. Une deuxième évaluation est prévue une à deux semaines après le traitement de TCD. Lors de cette rencontre, le jeune remplit les questionnaires pour le deuxième temps de mesure.

#### 2.3.2.8 Analyses statistiques

Tout d'abord, une analyse de la distribution des données est réalisée pour vérifier si le critère de symétrie est respecté. Par la suite, des tests  $t$  pour échantillon apparié sont réalisés pour évaluer les changements des participants sur chaque mesure. Les analyses statistiques sont effectuées sur les six participants et sont réalisées avec le logiciel SPSS, version 20.0.

#### 2.3.2.9 Considérations éthiques

Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de recherche de l'HRDP. Toute l'information recueillie par cette recherche est tenue strictement confidentielle et les données des participants sont anonymées. La participation à cette recherche demande la signature d'un formulaire de consentement qui assure l'obtention d'un

consentement libre et éclairé (pour plus, d'information voir la lettre d'approbation du comité d'éthique et le formulaire de consentement aux appendices H et I).

### 2.3.3 Résultats

#### 2.3.3.1 Validité interne et intensité du traitement

Des observations sont faites auprès de quatre des six participants de cette étude. Deux participants sont exclus, car lors de l'intervention aucune observation n'a été réalisée par les thérapeutes responsables. L'analyse d'observations effectuées durant les séances de thérapie individuelle (avec la grille IV de l'appendice D) suggère que 96,6 % des stratégies d'intervention évaluées respectent celles utilisées dans une thérapie individuelle de la TCD. L'analyse du nombre de rencontres reçues (grille VI de l'appendice D) indique que les participants ont assisté en moyenne à 89,2 % des rencontres de thérapie individuelle et à 86,6 % des rencontres de groupe.

#### 2.3.3.2 Diminution des SPB

Une analyse de la distribution des résultats ne révèle pas d'effet de plancher. De plus, le critère de symétrie est respecté. Un test  $t$  pour échantillon apparié est réalisé avec les résultats obtenus au BSL-23 pour évaluer l'amélioration des SPB. Ce test révèle une diminution statistiquement significative ( $p = 0,016$ ) du score des SPB chez les participants après le traitement. Une grande taille d'effet est retrouvée avec un  $d$  de 3,21 (Cohen, 1988). Le tableau 2.4 présente l'ensemble de ces résultats.

#### 2.3.3.3 Diminution des CA

Une analyse de la distribution des résultats montre un effet de plancher au posttest, car 50 % des participants y obtiennent le score minimum aux questions supplémentaires du BSL-23. Un effet de plancher est défini comme l'obtention d'un score minimum par plus de 20 % de l'échantillon. Un test paramétrique, comme un test  $t$  pour échantillon apparié, ne peut donc pas être réalisé. Les scores totaux aux

questions supplémentaires du BSL-23 pour chaque participant sont alors transformés. La valeur « 1 » est attribuée à un score total plus grand que zéro et la valeur « 0 » est attribuée à un score total égal à zéro. Par la suite, un test statistique non paramétrique (un  $\chi^2$ ) est réalisé. Les résultats de ce test ( $\chi^2(1) = 2,67; p < 0,001$ ) indiquent qu'il y a significativement moins de participants qui s'engagent dans des CA après avoir suivi un traitement de TCD (voir tableau 2.4).

#### 2.3.3.4 Amélioration des compétences psychosociales

Une analyse de la distribution des résultats ne révèle pas d'effet de plancher. En outre, le critère de symétrie est respecté pour l'ensemble des résultats évaluant l'amélioration des compétences. Des tests  $t$  pour échantillon apparié sont réalisés avec tous les résultats des mesures qui évaluent l'amélioration des compétences psychosociales, soit le FFMQ, le DTS, le DERS, le IIP-32 et le DBT-WCCL. Ces tests statistiques révèlent une amélioration des compétences de *mindfulness* ( $p = ,041$ ), une amélioration des compétences de tolérance à la détresse ( $p = ,024$ ), une diminution des difficultés de régulation émotionnelle ( $p = ,006$ ) et une augmentation significative ( $p = ,008$ ) de l'utilisation réelle des compétences chez les participants après le traitement. Une grande taille d'effet est retrouvée pour l'ensemble de ces changements (voir le tableau 2.4). Seules les difficultés interpersonnelles n'ont pas montré d'amélioration significative.

Tableau 2.4

Comparaison de moyennes aux prétest et posttest pour l'ensemble des variables dépendantes de l'étude pilote (n = 6)

Variables	Prétest		Posttest		Résultats		
	M	ET	M	ET	t(5)	p	d
Symptômes de la personnalité borderline (BSL-23)	1,6	1,1	0,7	0,7	-3,55	,016	1,45
Compétences de <i>mindfulness</i> (FMMQ)	111,6	20,0	130,1	23,6	2,74	,041	1,12
Compétences de tolérance à la détresse (DTS)	1,9	0,5	3,2	0,9	3,21	,024	1,32
Difficultés de régulation émotionnelle (DERS)	127,5	21,6	84,7	24,2	-4,51	,006	4,00
Difficultés interpersonnelles (IIP-32)	52,8	14,1	46,0	17,1	-1,78	,196	N.S.
Utilisation des compétences (DBT-WCCL)	1,4	0,5	1,9	0,4	4,28	,008	1,75
Comportements autodestructeurs* (Questions supplémentaires du BSL-23)	5,7	6,7	2,3	3,3	$\chi^2(1)$ p < ,001		
					2,67		

Effet de petite taille  $d = 0,20$ , effet de taille moyenne  $d = 0,50$ , effet de grande taille  $d = 0,80$ .

\*Un test  $t$  n'est pas calculé, car un effet de plancher est retrouvé.

## 2.4 Discussion

Cette étude pilote avait comme objectif d'évaluer l'implantation du traitement de TCD et d'évaluer les effets de ce traitement auprès de six adolescents présentant des CA. Les résultats obtenus sont concluants et permettent d'affirmer que ces deux objectifs sont atteints.

La question de recherche du premier volet de cette étude s'interrogeait sur l'implantation à la CTH d'un programme complet de TCD avec une analyse de critères de *réalisation* et de *succès*. L'évaluation des critères de *réalisation* et de *succès* de l'implantation du traitement de TCD à la CTH de l'HRDP révèle la nécessité de l'implantation du programme dans cet établissement. Un ensemble de *réalisations* faites par l'équipe clinique soutient cette affirmation. L'évaluation des critères de *succès* montre que l'équipe a réussi une formation offerte aux États-Unis, que les modalités du traitement déployées respectent le programme américain, que le

protocole général d'intervention est mis en place et que le protocole général d'évaluation est respecté par l'équipe traitante. Par conséquent, l'évaluation rigoureuse de l'implantation appuie le bien-fondé de cette étude pilote.

La première question de recherche du deuxième volet de cette étude pilote avait pour but vérifier si l'on observe, dans la mesure du BSL-23, une diminution des SPB et des CA suite à une TCD chez les adolescents. L'évaluation de l'effet de la TCD auprès d'adolescents montre une diminution des SPB et des CA chez les participants après une TCD. Par contre, un effet de plancher est observé dans la mesure posttest des CA. Cet effet pourrait s'expliquer par la faible fréquence, au prétest, de ces comportements chez les participants, car un participant n'avait aucun CA, trois en avaient un faible taux, un en avait un taux moyen et un seul participant affichait un taux élevé au prétest. Les études futures gagneraient à recruter des participants avec plus de CA et qui seraient plus homogènes entre eux. Cette étude pilote montre aussi que, dans l'ensemble, les adolescents utilisent davantage les compétences enseignées dans le programme après avoir reçu ce traitement.

La deuxième question de recherche du deuxième volet de cette étude visait à vérifier si une amélioration des compétences suite à une TCD était observée aux mesures suivantes : DBT-WCCL, FFMQ, DTS, DERS et IIP-32. Les résultats de cette étude pilote suggèrent que la *mindfulness*, la tolérance à la détresse et la régulation des émotions s'améliorent après une TCD. De plus, on note une grande taille d'effet pour ces variables. Les résultats obtenus au IIP-32 ne semblent pas montrer d'amélioration au niveau des compétences d'efficacité interpersonnelle. Une taille d'effet moins importante et le petit nombre de participants pourraient expliquer l'absence d'amélioration sur cette mesure. Ces résultats restent novateurs, car cette étude pilote est la première à suggérer une amélioration au niveau de la *mindfulness*, de la tolérance à la détresse et de la régulation des émotions chez des adolescents suite à une TCD.



#### 2.4.1 Forces et limites

Une des forces de cette étude est la rigueur de l'évaluation de l'implantation qui a été réalisée, car elle assure la validité d'une évaluation de l'effet de la TCD. La traduction et la validation des instruments de mesure sont aussi une autre force de cette évaluation. Qui plus est, ces instruments semblent avoir montré leur sensibilité aux changements chez les adolescents après une TCD. Ainsi, une contribution de cette étude est d'offrir à la communauté scientifique et clinique un protocole d'évaluation testé positivement auprès d'adolescents en clinique pédopsychiatrique. Par contre, ces instruments gagneraient à être validés auprès d'une population plus jeune pour augmenter leur validité externe. En effet, les questionnaires de cette étude ont été validés auprès de jeunes adultes étudiant à l'Université du Québec à Montréal.

Une limite de cette étude est la difficulté de recrutement des participants. Seuls six participants ont complété un prétest et un posttest sur un total de 25 participants potentiels. Les études futures devraient alléger et faciliter le processus de recrutement en intégrant plus systématiquement l'évaluation des interventions en pratique clinique. Cette difficulté de recrutement peut aussi s'expliquer par la présence de plusieurs autres recherches concurrentes menées à la CTH qui limitaient le recrutement et par la différence entre les critères de sélection de cette étude et les critères de sélection de la CTH pour la participation à une TCD. Cette différence a réduit le nombre de participants pouvant être évalués. Les études futures pourraient mieux harmoniser leurs critères de sélection avec ceux employés dans les milieux d'étude. Enfin, l'évaluation de l'intégrité de la TCD offerte a été faite avec les auto-observations des thérapeutes. Même si cette évaluation est louable, elle gagnerait en validité si des observateurs externes pouvaient faire cette évaluation à l'aide d'enregistrements audio ou vidéo.

Par ailleurs, l'absence de groupe contrôle et le petit nombre de participants ne permettent pas le contrôle d'un biais d'échantillon et du passage du temps qui

pourraient aussi expliquer les améliorations observées. D'autres études devraient être réalisées avec un groupe contrôle et avec un plus grand nombre de participants. Enfin, les participants présentaient peu de CA et certains adolescents présentaient un profil clinique assez différent des autres participants. Une étude future devrait porter une attention particulière à l'évaluation initiale et veiller à une plus grande homogénéité des participants.

#### 2.4.2 Implications cliniques

L'évaluation de l'implantation nous montre à quel point il s'agit d'un long processus et comment l'équipe de la CTH a déployé une bonne quantité de ressources pour établir un traitement de TCD dans sa clinique. Actuellement, le principal défi est de maintenir l'équipe en place et de poursuivre sur cette lancée, afin de viser la consolidation et la maturité du programme. Le changement des membres de l'équipe clinique de la CTH est une réalité probable. Il devient alors important d'assurer une formation de qualité à ses nouveaux venus pour qu'ils puissent offrir un traitement conforme au programme d'origine.

L'analyse de la théorie du programme nous indiquait que c'est avec une amélioration des compétences qu'il y a une diminution des SPB et des CA. Cette étude ne peut pas affirmer que l'amélioration de certaines compétences est en lien avec la diminution des SPB et des CA. Par contre, cette étude pilote confirme que la majorité de ces compétences s'améliorent et que ses résultats sont compatibles avec la théorie du programme de cette thérapie. Somme toute, les résultats de cette étude révèlent que, malgré certaines limites, le programme semble une avenue prometteuse pour venir en aide aux adolescents avec des CA. Des études de plus grande envergure mériteraient d'être réalisées.

### 2.4.3 Recherches futures

Afin de continuer à faire progresser la connaissance sur le lien entre l'amélioration des compétences de la TCD et la diminution des SPB et des CA, il est souhaitable de poursuivre cette étude avec un plus grand nombre de participants. Étant donné que seulement six adolescents, pendant une période de recrutement de deux ans, ont participé à l'étude pilote, un autre site de recherche devrait être trouvé. À cet effet, une attention soutenue devrait être portée à l'évaluation initiale pour inclure des participants qui présentent plus de CA et qui auraient un profil plus représentatif d'adolescents avec des SPB. Il serait aussi important, pour les recherches futures, de considérer un devis avec groupe contrôle pour mieux contrôler le passage du temps.



## CHAPITRE III

### THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE AUPRÈS D'ADOLESCENTES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : UNE ÉTUDE ÉVALUATIVE

#### 3.1 Introduction

La TCD a récemment été adaptée à une population adolescente suicidaire présentant des SPB (Miller et coll., 2007) et cette adaptation s'avère être une avenue d'intervention prometteuse pour cette problématique (Katz, et coll., 2004; Rathus et Miller, 2002; Trupin et coll., 2002). Malgré ces résultats, le niveau de preuve scientifique de l'efficacité de la TCD auprès d'adolescents suicidaires reste à être confirmé (Labelle et Janelle, 2011) et peu est connu quant aux mécanismes responsables des gains thérapeutiques de cette intervention. Pour guider les recherches futures sur l'efficacité de la TCD, une analyse du cadre théorique identifie que l'amélioration des compétences de la TCD serait responsable des gains thérapeutiques observés lors d'une TCD. Ces compétences sont la *mindfulness*, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle et l'efficacité interpersonnelle (Linehan, 1993 a et b). La CETDS-J de l'IUSMD offre une TCD depuis plus de douze ans à des adolescentes francophones et anglophones présentant des SPB et des CA. Ce chapitre présente les résultats d'une étude évaluative faite à cette clinique entre 2011 et 2013 auprès des adolescentes présentant des SPB et des CA qui reçoivent une TCD.



### 3.2 Objectif et questions de recherche

Cette étude vise à clarifier le rôle de l'amélioration et de l'utilisation des compétences de la TCD dans la diminution des SPB et des CA. Les questions de recherche sont : Q1) Est-ce qu'une diminution des SPB et des CA sera observée chez les adolescentes après une TCD? Q2) Est-ce qu'une amélioration des compétences et une augmentation de l'utilisation de celles-ci seront observées chez les adolescentes après une TCD? Q3) Est-ce que l'amélioration des compétences mesurées par le FMMQ (*mindfulness*), le DTS (tolérance à la détresse), le DERS (régulation émotionnelle) et l'IIP-32 (efficacité interpersonnelle) est associée à une diminution des SPB et des CA suite à une TCD chez des adolescentes? Q4) Est-ce que l'utilisation de l'ensemble des compétences mesurées par le DBT- WCCL est associée à une diminution des SPB et des CA suite à une TCD chez des adolescentes?

### 3.3 Méthode

#### 3.3.1 Devis de recherche et participantes

Un devis de recherche non expérimentale avec prétest et posttest est utilisé. Quatre groupes de participantes ( $n = 7; 7; 9; 11$ ) sont évalués entre les années 2012 et 2013. Toutes les participantes reçoivent un traitement de TCD de 20 semaines. Deux groupes ont reçu un traitement de TCD entièrement en anglais ( $n = 7; 11$ ) et deux groupes ont reçu un traitement de TCD entièrement en français ( $n = 7; 9$ ). Les adolescentes qui participent à cette recherche proviennent de la CETDS-J de l'IUSMD. Des analyses univariées sont réalisées avec les résultats du prétest pour les quatre groupes afin de vérifier l'homogénéité des groupes. Les résultats ne montrent aucune différence significative. Ainsi, les groupes sont jugés homogènes et rassemblés en un seul pour répondre aux questions de recherche.

Le tableau 3.1 décrit les critères d'inclusion et d'exclusion des participantes de l'étude. Le rationnel du choix de ces critères est le même que celui décrit à la section 2.3.2 de cette thèse.

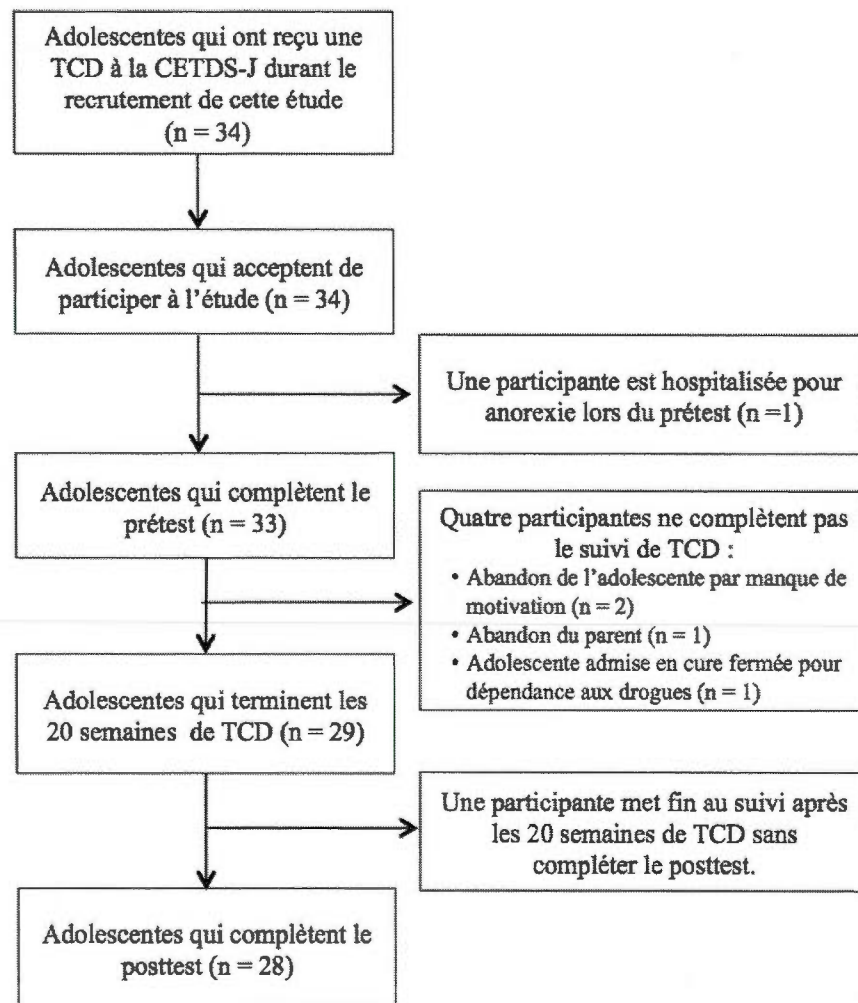
**Tableau 3.1**

Critères d'inclusion et d'exclusion des participantes de l'étude évaluative

<b>Critères d'inclusion</b>
Recevoir des services de la CETDS-J de l'IUSMD
Être âgé entre 14 et 17 ans inclusivement
Présenter des CA au cours des 16 dernières semaines
Répondre à trois critères du TPB comme définis dans le DSM-5
<b>Critères d'exclusion</b>
Présenter des symptômes psychotiques
Présenter un trouble bipolaire
Présenter un retard mental
Présenter un trouble sévère de la conduite
Présenter un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à des drogues comme diagnostic principal

Trente-quatre adolescentes ont reçu une TCD pendant la période couverte par cette étude. Toutes les adolescentes remplissent les critères de sélection et acceptent de participer à cette recherche. Une adolescente ne complète pas le prétest, car elle est hospitalisée pour anorexie lors de la passation du prétest. Quatre ne terminent pas le suivi de 20 semaines. Enfin, une participante ne remplit pas le posttest après son suivi de 20 semaines. Au total, 28 participantes complètent le prétest et le posttest. La figure 3.1 illustre la sélection de ces participantes. Des analyses sont effectuées pour déterminer s'il existe une différence statistiquement significative entre les participantes qui ont complété le posttest ( $n = 28$ ) et celles qui ne l'ont pas complété

( $n = 5$ ). Les variables choisies pour évaluer ces différences sont l'âge, les symptômes de la personnalité borderline selon le DSM-5, le nombre de TS au prétest, les diagnostics inscrits au dossier et les résultats aux mesures du prétest.



**Figure 3.1** Analyse de la sélection des participantes de l'étude évaluative

Les analyses préliminaires réalisées sur ces variables ne révèlent pas d'asymétrie marquée ou d'effet de plancher. De plus, le postulat d'homogénéité de la variance est respecté pour l'ensemble de ces variables. Les analyses ne révèlent pas de différence statistiquement significative au niveau de l'âge, du nombre de TS, du nombre de

diagnostics et de la majorité des résultats aux mesures du prétest. Par contre, une différence statistiquement significative est retrouvée au niveau de la présence de troubles liés à une substance ( $p = ,001$ ), car quatre des cinq participantes qui n'ont pas complété le posttest avaient ce diagnostic secondaire. Une autre différence significative est aussi retrouvée aux résultats du DBT-WCCL ( $p = ,05$ ). Ce résultat indiquerait que les participantes ayant abandonné le traitement de TCD ( $n = 5$ ) utiliseraient davantage de compétences au prétest que celles qui n'ont pas abandonné. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette différence. Une première hypothèse est que les participantes qui ont abandonné le traitement utilisent davantage de compétences au prétest que celles qui l'ont effectivement complété. Par contre, cette hypothèse pourrait être mise en doute, car tous les résultats obtenus aux autres mesures qui évaluent séparément les compétences ne montrent pas une maîtrise supérieure de ces compétences. Une deuxième hypothèse pouvant expliquer cette différence est que ces participantes surévaluent leurs utilisations des compétences. Cette hypothèse pourrait être plus plausible, car ces participantes ont presque toutes un trouble lié à une substance et ce diagnostic peut être associé avec une évaluation biaisée de réalité quant à l'utilisation de stratégie d'adaptation fonctionnelle.

### 3.3.1.1 Caractéristiques des participantes

Les participantes de l'étude sont 28 filles âgées de 14 à 17 ans ( $M = 15,9$ ;  $ET = 1,26$ ). Neuf d'entre elles ont eu 18 ans pendant le traitement de TCD. L'analyse des dossiers médicaux (voir la grille de l'appendice F) confirme que toutes les participantes respectent les critères d'inclusion et d'exclusion présentés plus haut. Vingt-sept participantes (96,4 %) ont déjà fait une ou plusieurs TS lors du prétest. Une adolescente a fait sept TS et une autre en a fait dix avant de commencer son suivi de TCD. Les adolescentes présentent plusieurs diagnostics cliniques et une comorbidité importante. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles de l'humeur pour 12 participantes (42,9 %), onze ont un trouble alimentaire (39,3 %) et



quatre ont un trouble lié à une substance en diagnostic secondaire (14,3 %). Vingt-deux participantes (78,6 %) remplissaient tous les critères diagnostiques du DSM-5 pour le TPB. Le tableau 3.2 détaille les différentes caractéristiques démographiques et diagnostiques des participantes.

### 3.3.2 Intervention offerte

Toutes les participantes reçoivent un traitement de TCD tel qu'adapté par Miller et ses collaborateurs (2007). Le traitement de 20 semaines est donné par l'équipe de la CETDS-J en français ou en anglais par des thérapeutes bilingues. Durant ces 20 semaines, les adolescentes participent chaque semaine à une rencontre de groupe de deux heures pour l'entraînement aux compétences. Ces groupes sont fermés et composés uniquement de filles. Ces rencontres sont animées par quatre cliniciens, dont deux sont responsables des adolescentes et deux sont responsables des parents. Durant cette rencontre, les adolescentes apprennent et pratiquent les compétences proposées. Le contenu du groupe de compétences est divisé en cinq modules et chaque module enseigne une compétence précise : la *mindfulness*, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle et l'efficacité interpersonnelle. Les adolescentes assistent également chaque semaine à une rencontre de thérapie individuelle d'une durée de 50 minutes avec leur thérapeute primaire.

Cette thérapie individuelle est structurée selon la hiérarchie des cibles de traitement de TCD et une attention particulière est portée pour que l'adolescente puisse mieux appliquer les compétences apprises à des situations personnelles. Également, le thérapeute primaire offre une aide d'urgence par des disponibilités téléphoniques, et ce, seulement durant les heures de travail du lundi au vendredi. Il était demandé aux participantes d'appeler leur thérapeute individuel directement à leur bureau. Cette disponibilité permet aux adolescentes d'appliquer l'apprentissage de ces compétences à des situations de crise.



Tableau 3.2

Caractéristiques des participantes de l'étude évaluative (n = 28)

Variables	Fréquence et pourcentage
Âge	14 à 17 ( $M = 15,9$ ; $ÉT = 1,26$ )
Sexe	
Filles	28 (100 %)
Ethnicité	
Caucasienne	25 (89,3 %)
Premières Nations	1 (3,6 %)
Asiatique	1 (3,6 %)
Afro-caribéenne	1 (3,6 %)
Milieu de vie	
Biparentale	15 (53,6 %)
Monoparentale	10 (35,7 %)
Centre jeunesse	3 (10,7 %)
Langue parlée à la maison	
Anglais	13 (46,4 %)
Français	11 (39,3 %)
Anglais et français	4 (11,8 %)
Comportements autodestructeurs	
Tentative de suicide seulement	2 (7,1 %)
Automutilation seulement	1 (3,6 %)
Tentative de suicide et automutilation	25 (89,3 %)
Nombre de tentatives de suicide au prétest	
Aucune tentative de suicide	1 (3,6 %)
Une tentative de suicide	14 (50,0 %)
Deux tentatives de suicide	6 (21,4 %)
Trois ou quatre tentatives de suicide	5 (17,9 %)
Sept à dix tentatives de suicide	2 (7,1 %)
Nombre de SPB selon le DSM-5	4 à 8 ( $M = 5,7$ ; $ÉT = 1,2$ )
Comorbidité	
Un diagnostic au dossier médical	4 (11,8 %)
Deux diagnostics au dossier médical	15 (53,6 %)
Trois diagnostics au dossier médical	6 (21,4 %)
Quatre diagnostics au dossier médical	3 (10,7 %)
Prise d'une médication	20 (71,4 %)

### 3.3.3 Intégrité de l'intervention

Une formation en ligne donnée par *Behavioral Tech* a été suivie par tous les thérapeutes. Cette formation touchait les compétences enseignées en groupe, les stratégies de validation et l'analyse en chaîne. De plus, deux thérapeutes ont reçu une formation intensive aux États-Unis offerte par *Behavioral Tech* et le responsable de la TCD, qui est un docteur en psychologie et membre de l'Ordre des psychologues du Québec, a reçu une formation avancée en TCD par Marsha Linehan. Enfin, des réunions de supervision hebdomadaire ont eu lieu tout au long du traitement pour s'assurer du respect de l'intégrité du traitement. Le traitement est offert par deux psychologues, une travailleuse sociale, une infirmière, trois doctorants en psychologie et une psychiatre. L'intégrité de l'intervention est aussi vérifiée avec une analyse de l'ensemble des modalités d'intervention de la TCD offerte à la CETDS-J. Cette analyse, structurée avec la grille I de l'appendice D, indique que les moyens respectent le programme original (Miller et coll., 2007) dans une proportion de 90,1 % et un accord interjuge avec un kappa de 1,00 est obtenu entre les deux évaluateurs. Cette note de 90,1 % atteint le seuil d'acceptabilité de 85 %<sup>1</sup>. Enfin, l'intégrité de l'intervention est vérifiée avec une analyse du matériel produit pour l'entraînement de groupe utilisé à la CETDS-J. Cette analyse de contenu, structurée avec la section A de la grille V de l'appendice D, indique que le matériel utilisé à la CETDS-J respecte le programme original (Miller et coll., 2007) dans une proportion de 95 % et un accord interjuge avec un kappa de 0,92 est obtenu entre les deux évaluateurs. Cette note de 95 % atteint le seuil d'acceptabilité de 85 %.

---

<sup>1</sup> Tous les seuils d'acceptabilité de cette étude ont été établis par les évaluateurs de l'implantation.

### 3.3.4 Variables mesurées

#### 3.3.4.1 Variables de sélection

Les critères d'exclusion et d'inclusion sont évalués par l'information et les diagnostics inscrits au dossier par l'équipe de la CETDS-J. Cette équipe est responsable de l'évaluation des adolescentes suicidaires qui viennent chercher de l'aide à leur clinique. L'évaluation effectuée par ces équipes repose sur les meilleures pratiques en évaluation. Cette évaluation est faite à l'aide de deux entrevues cliniques et de douze questionnaires auto-administrés. Voici les entrevues utilisées dans cette évaluation : l'entrevue du Kiddie-Sads-PL (Kaufman et coll., 1997) et l'entrevue clinique structurée du DSM-IV pour l'axe-II (Frist et coll. 1996). La présence des CA et des critères de sélection est aussi évaluée par une analyse de l'information présente dans le dossier médical. Cette analyse est guidée par une grille d'analyse (voir l'appendice F).

#### 3.3.4.2 Variable indépendante

La validité interne du traitement est contrôlée en mesurant l'adhérence au modèle d'intervention de la TCD. L'adhérence sera évaluée par une analyse des notes au dossier médical. Soixante-dix pourcent des notes qui détaillent les rencontres de groupe sont analysées pour contrôler la validité interne. Cette analyse est faite par deux évaluateurs avec une grille évaluant l'intégrité thérapeutique des groupes (voir la grille V de l'appendice D). De plus, une grille évaluant l'intensité de l'intervention est aussi complétée pour chaque participant (voir la grille VI de l'appendice D).

#### 3.3.4.3 Variables dépendantes

Les variables dépendantes et les instruments de mesure de cette étude sont identiques à ceux de l'étude réalisée à la CTH de l'HRDP (voir la section 2.3.2.6 de cette thèse).

### 3.3.5 Procédures de recherche

**Sollicitation.** Toutes les participantes qui reçoivent une TCD à la CETDS-J sont sollicitées pour participer à cette recherche par le professionnel chargé de leur évaluation initiale de l'adolescente.

**Consentement.** Toute l'information sur le projet de recherche est donnée à l'adolescente et à ses parents par le thérapeute qui a la responsabilité de confirmer l'admissibilité de l'adolescente à la TCD (voir tableau 3.1). Lors de cette rencontre, le formulaire de consentement est signé. Il est aussi précisé que, à tout moment, le participant peut cesser sa participation à ce projet de recherche, et ce, sans conséquence pour son traitement.

**Premier temps de mesure.** La passation des questionnaires du premier temps de mesure est réalisée une ou deux semaines avant le traitement de TCD. Les questionnaires sont remplis individuellement à la clinique dans un local prévu à cet effet. La passation des questionnaires est réalisée dans la langue maternelle des participantes, soit en français ou en anglais.

**Deuxième temps de mesure.** La passation des questionnaires du deuxième temps de mesure est réalisée une ou deux semaines après la fin des 20 semaines du traitement de TCD. Les questionnaires sont aussi remplis individuellement. La passation des questionnaires est réalisée dans la langue maternelle des participantes, soit en français ou en anglais.

### 3.3.6 Analyses statistiques

Les analyses statistiques sont réalisées seulement auprès des 28 participantes ayant complété le prétest et le posttest. Dans un premier temps, une analyse de la distribution des résultats est faite pour vérifier si le critère de symétrie est respecté. Dans un deuxième temps, des tests  $t$  pour échantillon apparié sont réalisés pour

évaluer les changements des participantes sur chaque mesure. Des régressions linéaires sont aussi réalisées pour déterminer la valeur résiduelle associée au changement entre le prétest et le posttest. L'utilisation de valeurs résiduelles a été privilégiée pour l'évaluation du changement entre le prétest et le posttest, car elle permet un meilleur contrôle du biais de régression vers la moyenne (Little, Card, Bovaird, Preacher et Crandall, 2007 ; Tracy et Ranking, 1967). Par la suite, des analyses corrélationnelles sont effectuées entre ces valeurs résiduelles pour évaluer les liens entre l'amélioration des compétences sur les mesures de *mindfulness* (FFMQ), de tolérance à la détresse (DTS), de régulation émotionnelle (DERS) et de l'efficacité interpersonnelle (IIP-32) avec la diminution des SPB et des CA. Des analyses secondaires sont menées pour évaluer de façon plus détaillée la contribution des sous-échelles du FFMQ et du DERS dans l'amélioration des SPB et des CA. Enfin, une régression hiérarchique guidée par la théorie de l'intervention est faite avec les compétences qui ont démontré une corrélation positive avec la réduction des SPB et des CA. Les analyses statistiques sont accomplies avec le logiciel SPSS, version 20.0.

### 3.3.7 Considérations éthiques

Cette recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de recherche de l'IUSMD. Pour ce faire, un addenda est soumis à ce comité. Cet addenda détaille les variables dépendantes décrites à la section 3.3.4 qui n'étaient pas présentes dans le protocole d'évaluation de la CETDS-J (voir appendice J et appendice K). Toute l'information recueillie pour cette recherche est tenue strictement confidentielle et les données des participantes sont anonymées.



### 3.4 Résultats

#### 3.4.1 Validité interne et intensité de l'intervention

Une analyse de 70 % des notes aux dossiers médicaux (réalisée avec la grille V de l'appendice D) qui détaille les rencontres de groupe est faite par deux évaluateurs. Cette analyse suggère que 93,8 % des stratégies d'intervention évaluées respectent celles utilisées dans un entraînement de groupe de la TCD et un accord interjuge avec un kappa de 0,82 est obtenu entre les deux évaluateurs. Une analyse de l'intensité du traitement reçu est faite avec la grille VI de l'appendice D auprès de 28 participantes. Cette analyse indique que les participantes ont assisté en moyenne à 87,0 % des rencontres de thérapie individuelle et à 90,5 % des rencontres de groupe.

#### 3.4.2 SPB, CA et compétences psychosociales

L'analyse de la distribution n'indique pas d'effet de plancher ou d'effet de plafond. Cette analyse confirme aussi la symétrie pour l'ensemble des résultats aux instruments de mesure. Des tests *t* pour échantillon apparié sont réalisés avec tous les résultats obtenus aux variables dépendantes de l'étude pour les 28 participantes. Une réduction significative des SPB ( $p = ,036$ ) et des CA ( $p = ,008$ ) est obtenue. Une amélioration significative des compétences de *mindfulness* et de tolérance à la détresse ( $p < ,001$ ) et une diminution significative des difficultés de régulation émotionnelle ( $p < ,001$ ) et des difficultés interpersonnelles ( $p = ,012$ ) sont obtenues. Enfin, une augmentation significative de l'utilisation des compétences ( $p < ,001$ ) est observée. Le tableau 3.3 présente ces résultats.

**Tableau 3.3**  
 Comparaison de moyennes aux prétest et posttest pour l'ensemble  
 des variables dépendantes (n = 28)

Variables	Prétest		Posttest		<i>t</i> (27)	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>			
Score des CA (questions supplémentaires du BSL-23)	5,8	5,4	3,6	3,5	-2,62	,028	0,41
Score des SPB (BSL-23)	2,2	1,0	1,7	1,0	-2,22	,035	0,42
Compétences de <i>mindfulness</i> (FMMQ)	99,4	19,0	121,9	21,1	7,04	<,000	1,33
Compétences de tolérance à la détresse (DTS)	2,1	0,8	2,8	0,9	3,07	,001	0,66
Difficultés de régulation émotionnelle (DERS)	127,2	21,7	98,8	29,9	-5,92	<,000	1,12
Difficultés interpersonnelles (IIP-32)	60,9	17,6	51,6	24,2	-2,70	,012	0,51
Utilisation des compétences (DBT-WCCL)	1,1	0,6	1,7	0,5	5,97	<,000	1,17

Effet de petite taille  $d = 0,20$ , effet de taille moyenne  $d = 0,50$ , effet de grande taille  $d = 0,80$ .

### 3.4.3 Dimensions de la *mindfulness*, de la régulation émotionnelle et de l'utilisation des compétences

Des analyses plus détaillées sont effectuées pour vérifier les changements prétest/posttest aux sous-échelles du DBT-WCCL, du FFMQ et du DERS. Seules ces mesures sont sélectionnées pour réaliser ces analyses supplémentaires. Étant donné que le DTS et le BSL-23 ne possèdent qu'une dimension, un score total est utilisé (Bohus et coll., 2009; Simons et Gaher, 2005). Pour le IIP-32, la recension faite au chapitre I montre que les études utilisant cette échelle sont interprétées uniquement par score total pour en simplifier l'interprétation (McMain et coll., 2009).

Dans un premier temps, ces analyses montrent que la majorité des dimensions de la *mindfulness* et de la régulation émotionnelle s'améliorent significativement après une TCD. Par contre, la dimension qui représente la capacité à observer son expérience interne et externe ne montre pas d'amélioration significative. Dans un deuxième temps, des tests *t* montrent que les adolescentes n'utilisent pas moins de compétences non fonctionnelles (DBT-WCCL) après une TCD. Le tableau 3.4 résume l'ensemble de ces résultats.

### 3.4.4 Association entre la diminution des SPB et des CA avec l'amélioration des compétences

Les variables qui ont démontré un changement statistiquement significatif sont incluses dans les analyses statistiques évaluant le lien entre la diminution des SPB et la diminution des CA en lien avec l'amélioration des compétences. Ces variables sont les SPB (BSL-23), les CA (questions supplémentaires du BSL-23), les compétences de *mindfulness* (FFMQ), les compétences de tolérance à la détresse (DTS), les difficultés de régulation émotionnelle (DERS), les difficultés interpersonnelles (IIP-32) et l'utilisation des compétences (DBT-WCCL).

**Tableau 3.4**

Comparaison de moyennes aux prétest et posttest pour les dimensions de la *mindfulness*, de régulation émotionnelle et de l'utilisation des compétences (n = 28)

Dimensions	Prétest		Posttest		t(27)	p	d
	M	ET	M	ET			
<b>Mindfulness (FMMQ)</b>							
1. Observer	23,1	7,2	24,7	6,7	1,02	,237	--
2. Décrire	22,1	7,4	27,4	7,4	4,78	<,001	0,91
3. Agir avec présence	19,2	5,3	24,6	5,7	4,03	<,001	0,76
4. Sans juger	20,7	7,8	24,9	7,5	3,27	,003	0,63
5. Être non réactif à l'expérience intérieure	14,6	4,6	19,7	5,9	5,08	<,001	0,97
<b>Régulation émotionnelle (DERS)</b>							
1. Difficulté à accepter l'émotion	20,8	7,0	16,4	6,6	-2,97	,006	0,56
2. Difficulté à s'engager dans des comportements dirigés vers un but	20,1	4,0	17,1	4,9	-2,91	,007	0,54
3. Difficulté à contrôler l'impulsion	20,8	6,2	15,1	6,6	-3,95	,001	0,75
4. Difficulté à porter attention à ses émotions	19,3	4,8	16,3	5,7	-3,00	,006	0,56
5. Difficulté à utiliser des stratégies efficaces	29,2	6,7	21,9	8,3	-4,36	<,001	0,82
6. Difficulté à avoir une expérience émotionnelle claire	16,9	4,8	12,1	4,4	-7,44	<,001	1,41
<b>Utilisation des compétences (DBT-WCCL)</b>							
1. Utilisation de compétences non fonctionnelles	1,8	0,6	1,5	0,6	-1,91	,067	--

Effet de petite taille  $d = 0,20$ , effet de taille moyenne  $d = 0,50$ , effet de grande taille  $d = 0,80$ .

Effet de petite taille  $d = 0,20$ , effet de taille moyenne  $d = 0,50$ , effet de grande taille  $d = 0,80$ .

D'abord, des analyses corrélationnelles ne révèlent pas de multicolinéarité entre les changements aux différentes mesures. D'ailleurs, le calcul du critère d'inflation de la variance soutient aussi l'absence d'une multicolinéarité importante avec un score se

situant entre 2,2 et 3,6. Par contre, une corrélation forte est obtenue entre certaines valeurs résiduelles mesurées par le DBT-WCCL, le FFMQ, le DTS, le DERS, le IIP-32. Ces corrélations étaient prévisibles étant donné la présence de certaines similitudes entre ces mesures et le lien logique entre l'utilisation des compétences (DBT-WCCL) et l'amélioration des compétences psychosociales chez les participantes. Le tableau 3.5 détaille l'ensemble des corrélations entre les valeurs résiduelles obtenues aux variables dépendantes qui ont montré un changement significatif aux posttest/prétest.

Aucune corrélation significative n'est obtenue entre la diminution des CA (questions supplémentaires du BSL-23) et l'amélioration de l'utilisation des compétences (DBT-WCCL), des compétences de *mindfulness* (FFMQ), des compétences de tolérance à la détresse (DTS), des difficultés de régulation émotionnelle (DERS) et des difficultés interpersonnelles. Par contre, une forte corrélation est obtenue entre les CA et les SPB. Cette corrélation était attendue étant donné que les CA sont reconnus comme étant un SPB. D'autre part, une corrélation statistiquement significative est obtenue entre la diminution des SPB (BSL-23) et les améliorations mesurées par le FFMQ, le DTS et le DERS. Seule l'amélioration mesurée par le IIP-32 n'est pas corrélée avec la diminution des SPB (BSL-23). Ce résultat suggère que la diminution des difficultés interpersonnelles ne serait pas associée à la diminution des SPB. Le tableau 3.5 détaille l'ensemble de ces résultats.



Tableau 3.5

Corrélation entre les valeurs résiduelles obtenues aux variables dépendantes (n = 28)

Mesures	1	2	3	4	5	6
1. Comportements autodestructeurs (questions supplémentaires du BSL-23)	—					
2. Symptômes de la personnalité borderline (BSL-23)	,65**	—				
3. Utilisation des compétences (DBT-WCCL)	-,23	-,34	—			
4. Compétences de <i>mindfulness</i> (FFMQ)	-,18	-,43*	,42**	—		
5. Compétences de tolérance à la détresse (DTS)	-,22	,73**	,23	,37	—	
6. Difficultés de régulation émotionnelle (DERS)	,27	,55**	-,39*	-,67**	-,66**	—
7. Difficultés interpersonnelles (IIP-32)	,05	,20	-,20	-,14	-,44*	,49**

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  (bilatéral).

Une régression linéaire classique est faite pour évaluer la contribution unique de l'amélioration des compétences de *mindfulness* (FFMQ), des compétences de tolérance à la détresse (DTS) et des difficultés de régulation émotionnelle (DERS) dans la diminution des SPB mesurée par le BSL-23. La diminution de l'efficacité interpersonnelle (IIP-32) n'est pas incluse, car elle n'est pas corrélée significativement avec la diminution des SPB (BS-23). Cette analyse montre que seule l'amélioration de la tolérance à la détresse semble contribuer significativement à l'amélioration des SPB ( $\beta = -,67$ ;  $p = ,001$ ).

Étant donné que ces trois variables prédictives sont fortement corrélées (voir tableau 3.5), la présence de multicollinéarité pourrait cacher la contribution de l'amélioration de la *mindfulness* et de la régulation émotionnelle dans la diminution des SPB. Pour pallier à cette possibilité, une régression hiérarchique avec entrée forcée est faite avec les mesures de ces trois compétences. Le choix de l'ordre d'entrée de ces variables repose sur un choix théorique qui utilise l'ordre de présentation de ces trois compétences qui est suggéré dans l'entraînement de groupe de la TCD (Linehan, 1993 b). La *mindfulness* est enseignée en premier et elle est considérée comme la compétence centrale sur laquelle reposent les autres



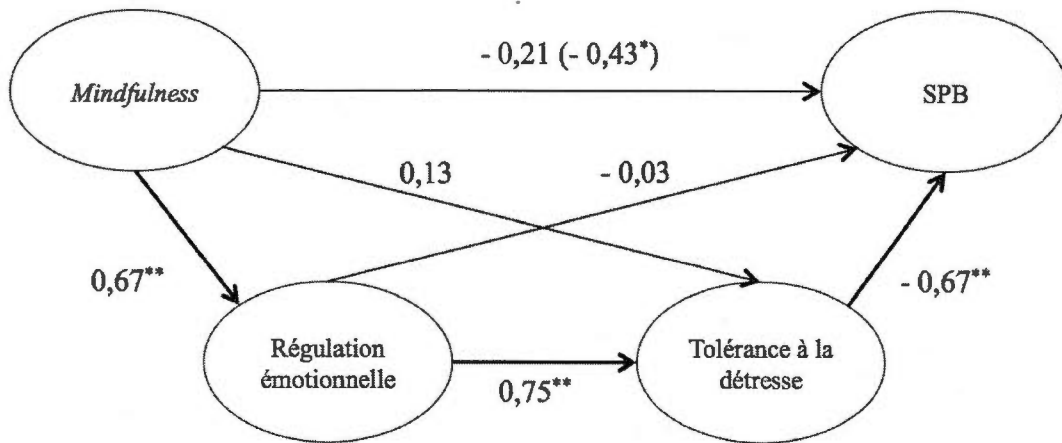
compétences. La régulation émotionnelle est enseignée après la *mindfulness* et la tolérance à la détresse est enseignée en dernier. Les résultats de cette régression hiérarchique révèlent que l'amélioration successive de ces trois compétences ajoute, de façon statistiquement significative, au pourcentage de variance expliquée dans la diminution des SPB. Le tableau 3.6 présente les résultats de cette régression hiérarchique.

**Tableau 3.6**

Régression hiérarchique évaluant la contribution de l'amélioration des compétences dans la diminution des SPB (n = 28)

Étape hiérarchique	Variables prédictives	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	p
1	Compétences de <i>mindfulness</i> (FMMQ)	0,19	0,19	6,01	,021
2	Difficultés de régulation émotionnelle (DERS)	0,31	0,12	4,33	,048
3	Compétences de tolérance à la détresse (DTS)	0,56	0,25	13,58	,001

En corrigeant la surestimation du pourcentage de variance expliqué, la valeur du R<sup>2</sup> ajusté indique que ce modèle explique 56 % de la variance. Pour illustrer les effets des compétences sur la diminution des SPB, la figure 3.2 présente la valeur des coefficients standardisés entre chacune de ces compétences et entre les compétences et les SPB. Pour des raisons de clarté conceptuelle, les valeurs associées à la régulation émotionnelle qui représentaient des difficultés de régulation des émotions ont été inversées pour représenter une amélioration de la compétence de régulation émotionnelle.



**Figure 3.2** Modèle de la relation entre les améliorations des compétences et la diminution des SPB. \*\*  $p < ,01$ , \*  $p < ,05$  (bilatéral)

Ce modèle montre que l'amélioration de la *mindfulness* est fortement associée à l'amélioration de la régulation émotionnelle qui, elle, est fortement associée à l'amélioration de la tolérance à la détresse. Finalement, l'amélioration de la tolérance à la détresse est fortement associée à la diminution des SPB, même quand les améliorations de la *mindfulness* et de la régulation des émotions sont considérées.

#### 3.4.5 Association des dimensions du FFMQ et du DERS avec la diminution des SPB

D'autres analyses sont réalisées pour évaluer la contribution des sous-échelles du FFMQ et du DERS dans la diminution des SPB. Aucune analyse supplémentaire n'est réalisée avec le DTS, car il ne possède pas de sous-échelle. Des régressions linéaires sont réalisées avec les résultats du prétest et du posttest pour toutes les sous-échelles qui ont démontré un changement significatif entre les deux temps de mesure. Des valeurs résiduelles associées aux changements sont alors obtenues. Par la suite, des corrélations sont faites afin de vérifier si les améliorations à ces sous-échelles sont associées à la diminution des SPB. Les résultats de ces analyses indiquent que seule l'amélioration à deux sous-échelles du FFMQ est associée

significativement à la diminution des SPB, soit les échelles « sans juger » ( $r = -,56$ ;  $p = ,01$ ) et « agir avec présence » ( $r = ,47$ ;  $p = ,05$ ). Les améliorations aux autres sous-échelles du FFMQ ne sont pas significativement associées à une diminution des SPB. Pour le DERS, une diminution au score à quatre sous-échelles est significativement associée à une diminution des SPB (voir le tableau 3.7).

**Tableau 3.7**

Corrélation des valeurs résiduelles obtenues aux dimensions du DERS

Dimensions du DERS	SPB
Difficulté à accepter l'émotion	,46**
Difficulté à s'engager dans des comportements dirigés vers un but	,54**
Difficulté à contrôler l'impulsion	,62**
Difficulté à porter attention à ses émotions	,08
Difficulté à utiliser des stratégies efficaces	,60**
Difficulté à avoir une expérience émotionnelle claire	,43**

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  (bilatéral).

### 3.5 Discussion

Cette étude évaluative avait comme objectif de clarifier le rôle de l'amélioration et de l'utilisation des compétences de la TCD dans la diminution des SPB et des CA. Les résultats obtenus confirment l'atteinte de cet objectif en exposant l'importance de l'apprentissage successif de la *mindfulness*, de la régulation émotionnelle et de la tolérance à la détresse dans la réduction des SPB chez des adolescentes recevant un traitement de TCD.

La première question de recherche de cette étude voulait confirmer la présence d'une diminution des SPB et des CA chez les adolescentes après une TCD. Les résultats obtenus montrent une diminution significative des SPB et des CA et des effets de grande taille sont observés sur ces deux variables. Ces résultats

correspondent dans l'ensemble aux résultats décrits dans les articles identifiés par la recension des écrits scientifiques du chapitre I.

La deuxième question de recherche portait sur l'amélioration des compétences et l'augmentation de l'utilisation de celles-ci chez les adolescentes après une TCD (DBT-WCCL). Les résultats de cette recherche suggèrent que, après une TCD, les participantes rapportent une augmentation de l'utilisation des compétences et une amélioration des compétences de *mindfulness* (FFMQ), de tolérance à la détresse (DTS), de la régulation émotionnelle (DERS) et des compétences d'efficacité interpersonnelle (IIP-32). Cette recherche est la première à observer simultanément une augmentation de l'utilisation des compétences et une amélioration des compétences chez des adolescentes après une TCD. Aucune autre étude n'a rapporté de tels résultats.

La troisième question de recherche consistait à évaluer le lien entre l'amélioration des compétences et la diminution des SPB et des CA suite à une TCD chez des adolescentes. Les résultats obtenus montrent un lien significatif entre l'amélioration de la *mindfulness* (FFMQ), de la régulation émotionnelle (DERS), de la tolérance à la détresse (DTS) et de la diminution des SPB. Par contre, aucun lien n'est trouvé dans l'amélioration des compétences d'efficacité interpersonnelle (IIP-32) et la diminution des SPB. Il est par ailleurs intéressant de noter que la contribution unique de la tolérance à la détresse (DTS) dans la réduction des SPB est supérieure aux contributions des deux autres compétences. Ce résultat pourrait alors suggérer au clinicien qui offre un traitement de TCD de mettre prioritairement l'accent sur la compétence de tolérance à la détresse. Cependant, un modèle de régression hiérarchique théoriquement soutenu par l'ordre d'enseignement de ces trois compétences met en lumière que celles-ci ajoutent cumulativement un pouvoir prédictif dans la diminution des SPB. Le résultat de cette régression hiérarchique suggère que le développement successif de la compétence de *mindfulness*



(FMMQ), de la compétence de régulation des émotions (DERS) et de la compétence de tolérance à la détresse (DTS) contribuerait à la diminution des SPB chez les adolescentes. Ces résultats suggèrent que le processus ou l'ordre d'enseignement des compétences de la TCD pourraient jouer un rôle important dans l'acquisition des compétences qui sont en lien avec la diminution des SPB.

La quatrième question de recherche visait le lien entre l'utilisation de l'ensemble des compétences et la diminution des SPB et des CA suite à une TCD. Les résultats obtenus indiquent un lien significatif ( $p < ,000$ ) entre l'augmentation de l'utilisation des compétences et la diminution des SPB. Ces résultats sont inédits, car ils sont les premiers à démontrer un tel lien auprès d'adolescentes recevant une TCD. Par contre, aucun lien significatif n'est pas trouvé entre l'augmentation de l'utilisation des compétences (DBT-WCCL) et la diminution des CA, comme dans l'étude de Neacsiu et ses collaborateurs (2010 a). Des pistes d'explication de cette différence sont détaillées dans le chapitre IV de cette thèse.

Enfin, cette étude obtient un faible taux d'abandon de traitement, avec seulement cinq des participantes (14,7 %) qui ne complètent pas leur suivi. L'analyse des caractéristiques des participantes qui ont abandonné le traitement ne montre pas qu'elles avaient plus de SPB ou plus de CA au prétest.

### 3.5.1 Forces et limites

Cette recherche évaluative est la première étude qui démontre une diminution des SPB et des CA chez des adolescentes au Québec après un suivi de TCD. C'est aussi la première étude qui confirme un lien entre l'amélioration des compétences et la diminution des SPB chez des adolescentes. Cette étude évaluative est aussi la première à évaluer simultanément l'amélioration des compétences (péception des participantes) et l'utilisation réelle des compétences. La mesure de ces deux aspects du développement des compétences après une TCD est conforme



aux recommandations de Neacsiu, Rizvi et Linehan (2010 a) et permet de clarifier le rôle spécifique de chacune de ces compétences dans la diminution des SPB qui est observée chez les adolescentes. Ainsi, ces résultats sont des éléments supplémentaires qui appuient l'hypothèse centrale de la TCD qui postule qu'un apprentissage des compétences diminue les SPB et les CA.

Ces résultats témoignent de l'élaboration d'une méthode de recherche rigoureuse qui s'est basée, a priori, sur une analyse du cadre théorique de la TCD et sur une revue exhaustive des écrits scientifiques. D'ailleurs, cette recension des écrits scientifiques, qui est faite dans le chapitre I, montre que plusieurs études qui évaluent la TCD auprès d'adolescentes utilisent des instruments de mesure avec des propriétés inconnues. Une des forces de cette étude est l'utilisation d'instruments de mesure qui possèdent de bonnes propriétés psychométriques auprès d'une population francophone.

Qui plus est, cette recherche a été réalisée à la fois auprès d'adolescentes francophones et anglophones. Ce caractère inclusif ajoute à la validité externe de cette étude. De plus, cette étude est la première qui évalue une adaptation de la TCD qui inclut des parents aux groupes d'entraînement aux compétences. Enfin, cette étude montre un taux élevé de rétention des participantes (seulement cinq abandons, soit 14,7 %) au protocole général d'évaluation et d'intervention. En prenant en considération que ces adolescentes présentent généralement des troubles mentaux importants et que le refus de participation à une recherche et la démotivation peuvent être communs pour elles, cette recherche peut affirmer qu'elle donne une image représentative des variables mesurées chez les adolescentes qui ont reçu une TCD à la CETDS-J pendant cette période de deux ans.

Par contre, cette recherche présente des limites. D'abord, l'absence d'un groupe comparaison ne permet pas de contrôler pour la régression vers la moyenne et pour le passage du temps. Ces deux hypothèses alternatives pourraient être

responsables d'une partie des améliorations de certaines variables dépendantes. De plus, cette recherche utilise des instruments de mesure auto-administrés auprès d'adolescentes qui ont des sautes d'humeur fréquentes. Ces sautes d'humeur peuvent biaiser les résultats obtenus aux questionnaires qui deviennent alors plus représentatifs d'un état passager que d'une amélioration réelle. De plus, même si les questions supplémentaires du BSL-23 évaluant les CA ont fourni des résultats intéressants, cet instrument auto-administré fournissait peu de détails sur ces comportements. Cet instrument de mesure ne donnait en outre aucune information sur la dangerosité des CA et leur description avant le prétest. Ce manque d'information limite la représentativité de l'évolution des CA entre le prétest et le posttest. Une autre contrainte est la présence possible d'un biais de l'expérimentateur, car six adolescentes (18,2 %) ont reçu une thérapie individuelle et 15 adolescentes (45,5 %) ont aussi reçu un entraînement de groupe par l'auteur de cette thèse. De plus, un biais de désirabilité sociale pourrait aussi être présent avec ces adolescentes.

Cette recherche, en raison du nombre limité de participantes ( $n = 28$ ), souffre également d'un manque de puissance statistique pour certaines analyses, et ce, malgré une période de recrutement de deux ans dans une clinique accueillant plus de la moitié des adolescentes qui reçoivent une TCD dans la grande région métropolitaine. Les participantes présentaient également un profil clinique hétérogène avec des comorbidités diverses et variées. Cette hétérogénéité pourrait nuire à la clarté de l'interprétation des résultats. De plus, l'absence d'enregistrement vidéo ou audio des rencontres de groupe et des rencontres en individuel est une autre limite. L'analyse de ces enregistrements aurait permis de mieux contrôler la validité interne de cette étude. Enfin, même si cette recherche obtient une grande taille d'effet sur la plupart des changements observés, l'importance de ces tailles d'effet reste la conséquence des tests  $t$  appariés où chaque participante est comparée à elle-même et où les différences individuelles ne sont plus considérées comme de

l'erreur. Un devis expérimental qui utilise les mêmes mesures obtiendrait des tailles d'effet beaucoup plus petites. Aussi, cette recherche a été faite uniquement avec des filles en milieu psychiatrique de troisième ligne et la validité externe de cette étude se limite à cette population. Finalement, cette étude couvre seulement la première phase de la TCD et aucune information n'est disponible pour les autres phases de traitement proposées dans un traitement complet de TCD.

### 3.5.2 Implications cliniques

Les liens trouvés entre l'amélioration des compétences et la diminution des SPB soulignent que l'apprentissage de nouvelles compétences joue un rôle important dans l'intervention auprès d'adolescentes présentant des SPB et des CA. Dans un premier temps, cette recherche met en lumière l'importance de l'acquisition de la compétence de tolérance à la détresse dans la diminution des SPB. Les résultats de cette recherche soutiennent la théorie d'intervention selon laquelle cette compétence aurait un effet capital dans la première phase de traitement de TCD.

Dans un deuxième temps, cette recherche suggère que l'ordre d'enseignement des compétences pourrait avoir un impact dans la diminution des SPB. En conséquence, cet ordre d'enseignement des compétences devrait être considéré dans l'organisation d'un groupe d'entraînement, et ce, qu'il soit ouvert ou fermé. Enfin, certaines composantes de la *mindfulness* et de la régulation des émotions semblent avoir un plus grand effet sur la réduction des SPB (voir tableaux 3.7 et 3.8). Étant donné l'importance de celles-ci, un accent tout particulier devrait être mis sur ces composantes lors de l'entraînement de groupe et lors des rencontres de thérapie individuelle.

### 3.5.3 Recherches futures

Les prochaines recherches qui s'intéressent à l'évaluation de la TCD offerte à des adolescentes présentant des SPB et des CA gagneraient à adopter un devis

expérimental avec assignation aléatoire. Ce type de devis permettrait de contrôler l'effet du passage du temps et le phénomène de régression vers la moyenne. De plus, un échantillon plus grand pourrait améliorer la puissance statistique des tests statistiques qui évaluent le lien entre la diminution des CA et l'amélioration des compétences. Dans le même ordre d'idées, les études futures profiteraient d'une diversification du type de mesure employé pour mesurer les CA ; ainsi l'intégration d'une entrevue semi-structurée comme le *Suicide Attempt Self-Injury Interview* qui a été développé spécifiquement pour mener des recherches sur les CA (SASII; Linehan et coll., 2006 a) serait intéressante.

Pour mieux contrôler la validité interne de la TCD, les études futures gagneraient à enregistrer les rencontres de groupe et individuelles. Ces enregistrements pourraient aussi être une occasion de donner une rétroaction à l'équipe traitante. Enfin, la majorité des études qui évaluent la TCD ont évalué la première phase de traitement qui vise la diminution des comportements qui menacent la vie. En conséquence, les études futures devraient évaluer la consolidation des compétences durant les autres phases du traitement. Finalement, les études qui s'intéressent à l'importance des compétences enseignées dans la TCD devraient aussi évaluer des groupes composés de garçons afin de comparer les apprentissages réalisés par les adolescents avec ceux réalisés par les adolescentes.





## CHAPITRE IV

### DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce dernier chapitre établit, dans un premier temps, une synthèse de l'ensemble des résultats obtenus par l'étude pilote et l'étude évaluative. Dans un deuxième temps, les forces et les limites de ces travaux de recherche y sont présentées. Certaines considérations pratiques et cliniques dans le domaine de l'intervention auprès d'adolescents présentant des SPB et des CA sont proposées. Finalement, ce chapitre conclut en traitant du transfert des connaissances et en suggérant des avenues de recherches futures pour étendre et approfondir le savoir sur le traitement de la TCD.

#### 4.1 Synthèse des résultats

La première étude réalisée dans le cadre de cette recherche doctorale comportait deux volets. Le premier volet avait pour but d'évaluer les *réalisations* et le *succès* de l'implantation de la TCD à la CTH. Le deuxième volet cherchait à évaluer l'effet de ce traitement sur six adolescents en milieu psychiatrique francophone. La deuxième étude visait à évaluer l'effet de ce traitement sur 28 adolescentes consultant à la CETDS-J.

##### 4.1.1 L'implantation du programme

L'évaluation de l'implantation met en lumière le long processus nécessaire pour la réussite d'une TCD ainsi que le grand nombre de ressources matérielles et humaines requises pour déployer un traitement complet avec cette thérapie.

Les résultats obtenus lors ce premier volet détaillent un ensemble de *réalisations* liées à l'implantation de la TCD qui informent des moyens déployés. Plus précisément, ces *réalisations* se traduisent sous forme de groupes de discussion, de représentations institutionnelles, de formation officielle reçue et de la création de matériel clinique. Ces *réalisations* ont mené à l'élaboration d'un protocole général d'intervention. Quant à l'analyse du cadre théorique, la recension des écrits, la traduction et la validation des instruments psychométriques ont mené à l'élaboration d'un protocole général d'évaluation de la TCD. De plus, l'implantation de la TCD s'appuie sur des critères de *succès* qui confirment la qualité du traitement offert. Ainsi, le traitement dispensé lors de l'étude pilote est en grande partie représentatif du traitement d'origine créé par Marsha Linehan.

#### 4.1.2 L'effet du programme – étude pilote

Les résultats trouvés dans le deuxième volet répondent positivement aux questions de recherche posées en observant la présence d'un effet du traitement sur la majorité des variables dépendantes sélectionnées. À la suite de l'intervention, il est possible d'observer une diminution des SPB, une diminution du nombre d'adolescents qui font des CA, une amélioration de la *mindfulness*, de la tolérance à la détresse, de la régulation émotionnelle et une augmentation de l'utilisation des compétences psychosociales. Malgré le petit nombre de participants, des différences statistiquement significatives sont trouvées sur l'ensemble de ces mesures. Ces résultats soutiennent alors la pertinence de réaliser une deuxième étude de plus grande envergure avec ces mêmes variables dépendantes pour mieux comprendre le lien existant entre l'amélioration et l'utilisation des compétences de la TCD et la diminution des SPB et des CA.

#### 4.1.3 L'effet du programme – étude évaluative

Les résultats de cette étude évaluative sont semblables à ceux de l'étude pilote faite à la CTH sur l'ensemble des variables. Cette étude s'est déroulée à la CETDS-J auprès de 28 adolescentes. Notons qu'une différence est observée entre les adolescents de ces deux cliniques, car ceux de la CETDS-J ont un profil clinique plus lourd que ceux de la CTH, avec significativement plus de TS, plus de diagnostics au dossier médical et plus de SPB lors du prétest. D'ailleurs, la grande majorité de ces adolescentes répondaient à tous les critères d'un TPB, un peu moins que la moitié d'entre elles présentaient aussi un trouble alimentaire et le quart présentent un trouble secondaire lié à une substance. Les améliorations obtenues sont semblables à celles de l'étude pilote effectuée à la CTH, malgré la complexité du profil clinique et la sévérité des SPB et des CA chez les adolescentes de la CETDS-J. Le traitement de TCD semble avoir eu des effets tout aussi prometteurs.

#### 4.1.4 Comparaison des résultats avec les écrits scientifiques

Une diminution statistiquement significative des SPB ou des CA est observée dans huit études (Fleischhaker et coll., 2011; James et coll., 2008; James et coll., 2011; Katz et coll., 2004; McDonell et coll., 2010; Miller et coll., 2000; Rathus et Miller, 2002; Woodberry et coll., 2008) auprès d'adolescents et dix chez les adultes (Bohus et coll., 2004; Feigenbaum et coll., 2012; Koons et coll., 2001; Linehan et coll., 1991; Linehan et coll., 2006 b; Linehan et coll., 2008; McMain et coll., 2009; Turner, 2000; van den Bosch et coll., 2005; Verheul et coll., 2003). Parmi ces études, deux ont observé une diminution des SPB après une TCD pour adolescents (Miller et coll., 2000; Rathus et Miller, 2002) et une grande taille d'effet est obtenue (respectivement  $d = 2,00$  et  $d = 1,99$ ). En comparaison, un effet moyen est obtenu avec la diminution des SPB pour les adolescentes de la CETDS-J ( $d = 0,41$ ). Toutefois, les tailles d'effet observées dans ces deux études doivent être interprétées avec précaution, car elles utilisent le *Live Problems Inventory* (Rathus et Miller, 1995 a) pour mesurer

l'évolution des SPB. Aucune propriété psychométrique n'est disponible pour cette mesure, ce qui rend l'interprétation difficile de ses scores. Concernant l'évaluation de la TCD auprès des adultes, plusieurs études ont montré une diminution des SPB. Parmi ces études, celle de l'équipe de Bohus (2007) a utilisé un instrument comparable au BSL-23 pour mesurer l'évolution des SPB et elle obtient une taille d'effet comparable à l'étude menée à la CETDS-J, soit un effet de taille moyenne avec un  $d = 0,79$ .

Par ailleurs, six études réalisées auprès d'adolescents ont aussi rapporté une amélioration des CA (Fleischhaker et coll., 2011; James et coll., 2008; James et coll., 2011; Katz et coll., 2004; McDonell et coll., 2010; Woodberry et coll., 2008). Comparativement avec la recherche faite à la CETDS-J qui a obtenu une taille d'effet moyenne, une grande taille d'effet est obtenue pour la diminution des CA dans trois de ces six études (Fleischhaker et coll., 2011; James et coll., 2008, James et coll., 2011) et un effet de taille moyenne est obtenu par les autres études (Katz et coll., 2004; McDonell et coll., 2010; Woodberry et coll., 2008). Les méthodes de mesure des CA employées par ces études sont des entrevues « maison » (deux études), une entrevue semi-structurée aux propriétés psychométriques inconnues (deux études), l'utilisation d'une question présente dans le *Child Behavior Checklist* (Achenbach et Edelbrock, 1983) et une analyse de dossier (une étude). Le manque de qualités psychométriques et la diversité de ces mesures rendent difficile la comparaison et appellent à la prudence quant à l'interprétation des résultats. De plus, une méta-analyse de Kliem et ses collègues (2010) faite sur l'ensemble des articles évaluant la TCD auprès d'adultes avec SPB, rapporte seulement un effet de petite taille ( $d = 0,23$ ) sur la diminution des CA. En considérant que la nature et la sévérité des CA peuvent différer entre les adultes et les adolescents, cette différence de taille d'effet peut aussi s'expliquer par le type d'analyse statistique fait pour évaluer ce changement. La plupart des articles évaluant la TCD auprès d'adolescents n'ont pas de groupe contrôle et des tests  $t$  avec échantillon apparié sont calculés. Cette méthode



contraste avec les articles inclus dans la méta-analyse de l'équipe de Kliem (2010), qui sont caractérisés par un devis avec groupe contrôle et par des ANOVA. Or, il est connu qu'un test *t* avec échantillon apparié a tendance à avoir des tailles d'effet plus fortes, puisque les différences individuelles ne sont pas considérées comme de l'erreur, car chaque participant devient son propre contrôle (Keppel, 1973). Des tailles d'effet plus petites sont donc attendues dans les recherches qui utilisent un devis avec groupe contrôle. L'effet de petite taille trouvé sur la diminution des CA dans la méta-analyse de l'équipe de Kliem (2010) pourrait donc être un reflet de ce biais statistique.

L'évaluation de la TCD, lors de l'étude pilote et de l'étude évaluative, montre une amélioration des mesures de la *mindfulness*, de la tolérance à la détresse, de la régulation émotionnelle, de l'efficacité interpersonnelle et de l'augmentation de l'utilisation des compétences psychosociales. À ce jour, aucune autre étude n'a montré une amélioration et une augmentation de l'utilisation de ces compétences chez des adolescents. Du côté des adultes, quelques études ont mesuré l'évolution des compétences de la TCD (Hong, 2004; Neacsiu et coll., 2010 a).

En fait, la thèse de doctorat de Hong (2004), qui a été réalisée auprès de 65 adultes recevant une TCD, rapporte des résultats semblables à cette recherche, soit une amélioration des compétences de la *mindfulness*, de la tolérance à la détresse, de la régulation émotionnelle et de l'efficacité interpersonnelle, et ce, avec de grandes tailles d'effet. Par contre, Hong (2004) utilise des mesures aux propriétés psychométriques inconnues pour mesurer la *mindfulness* et la tolérance à la détresse et choisit une mesure de colère pour évaluer la régulation émotionnelle. À la différence des résultats obtenus dans cette recherche, Hong (2004) obtient une grande taille d'effet dans l'amélioration de la compétence d'efficacité interpersonnelle en utilisant le Cambrill-Richey Assertion Inventory (Gambrili et Richey, 1975) qui est une mesure d'affirmation de soi. Cette différence de résultats avec Hong (2004) peut



s'expliquer par le choix d'une mesure qui diffère de celle employée dans la présente recherche.

Pour ce qui est de l'augmentation de l'utilisation des compétences, une étude faite par Neacsiu et coll. (2010 a) auprès d'adultes montre une grande taille d'effet ( $d = 0,99$ ) sur l'augmentation de l'utilisation des compétences chez des adultes. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus avec les adolescentes de la CETDS-J, car une grande taille d'effet est aussi retrouvée avec un  $d = 1,17$  sur l'augmentation de l'utilisation des compétences chez les adolescentes.

Les résultats de cette recherche sont les premiers à supporter le cadre théorique proposé par la TCD voulant qu'un déficit des compétences psychosociales soit responsable d'un dysfonctionnement de la régulation des émotions chez des adolescents présentant des SPB. Ce résultat est soutenu par le lien trouvé dans l'étude évaluative de la CETDS-J entre l'amélioration des compétences et la diminution des SPB et des CA. De plus, un lien significatif est aussi retrouvé entre l'augmentation de l'utilisation des compétences et la diminution des SPB. Ces résultats se distinguent de ceux obtenus par Hong (2004), car cet auteur n'a pas obtenu de lien statistiquement significatif entre l'augmentation des compétences et la diminution des SPB. Un taux d'abandon de 65 %, des instruments aux qualités psychométriques inconnues mesurant des variables qui s'éloignent des compétences de la TCD et des analyses de variance qui demandent un grand nombre de participants sont des raisons qui peuvent potentiellement expliquer l'absence d'association entre l'amélioration des compétences et la diminution des SPB dans l'étude de Hong (2004). Certaines pistes peuvent être avancées pour expliquer ces résultats. Les changements au niveau de l'efficacité interpersonnelle pourraient opérer différemment avec des adolescents et prendre davantage de temps.

Seule l'amélioration de la compétence d'efficacité interpersonnelle n'est pas associée à une diminution des SPB. Il est aussi possible que l'effet du développement de la compétence d'efficacité interpersonnelle pourrait être plus lent et un traitement de 20 semaines ne serait pas assez long pour agir sur les SPB. Enfin, un manque de puissance statistique pourrait expliquer l'absence d'un lien significatif.

Les résultats de cette thèse n'ont pas trouvé de corrélation entre l'amélioration et l'utilisation des compétences avec la diminution des CA. Une seule étude réalisée auprès d'adultes rapporte avoir trouvé un lien statistiquement significatif entre l'augmentation de l'utilisation des compétences et la diminution des CA (Neacsiu et coll., 2010 a). Le petit nombre de participants et un manque de puissance statistique pourraient être en cause dans l'absence de lien observé entre ces deux variables. Aussi, les questions supplémentaires du BSL-23 qui ont été utilisées dans cette thèse pour mesurer les CA fournissent uniquement un indice de fréquence de ces comportements. Quant à l'équipe de Neacsiu (2010 a), elle a utilisé le *Suicide Attempt and Self-Injury Interview* (Linehan et coll., 2006 a) pour mesurer les CA. Cette entrevue semi-structurée établit un score global de la dangerosité du geste en évaluant la fréquence, le risque associé à la méthode, l'impulsivité du CA et les conséquences physiques associées aux CA. Cette différence de mesure pourrait aussi expliquer les faibles corrélations entre l'amélioration des compétences et la diminution des CA observées dans cette thèse. Autrement dit, un indice de dangerosité des CA, comme utilisé dans le *Suicide Attempt and Self-Injury Interview*, pourrait être associé à l'augmentation des compétences, malgré la diminution en fréquence des CA, telle que mesurée avec les questions supplémentaires du BSL-23.

Aussi, cette thèse s'intéresse à mieux comprendre la contribution unique de chacune des compétences dans la diminution des SPB. Une régression classique montre que seule l'amélioration de la tolérance à la détresse semble contribuer significativement à la diminution des SPB. Cliniquement, la cible de première importance dans le

traitement de TCD donné aux adolescentes de la CETDS-J est de diminuer l'impulsivité associée aux émotions douloureuses. Ce résultat souligne à quel point l'amélioration de la tolérance à la détresse est importante pour la diminution des SPB.

Par ailleurs, cette étude est la première à montrer qu'une amélioration successive et cumulative de la *mindfulness*, de la régulation émotionnelle et de la tolérance à la détresse est en lien avec la diminution des SPB. Une régression hiérarchique soutenue théoriquement par la séquence d'enseignement des compétences de la TCD montre que la *mindfulness*, la régulation émotionnelle et la tolérance à la détresse ajoutent toutes, de façon significative, au pourcentage de variance expliquée de la diminution des SPB (voir le tableau 3.6). Pour tenter de mieux comprendre l'effet cumulatif de l'apprentissage des compétences sur les SPB, les objectifs de chacune de ces trois compétences sont détaillés et mis en lien avec les résultats de ces travaux de recherche.

#### 4.1.4.1 *Mindfulness*

Selon le modèle de Linehan (1993 b), la première compétence enseignée est la *mindfulness*. Cette compétence vise à aider l'individu à mieux observer et décrire ses pensées et ses émotions, tout en respectant les principes de non-jugement, une chose à la fois et faire ce qui est efficace. Spécifiquement, les résultats de la présente thèse suggèrent que seulement l'amélioration de deux dimensions contribue à la diminution des SPB, soit les dimensions « sans juger » et « agir avec présence ». Ces deux dimensions du FFMQ correspondent aux compétences du « comment » de la *mindfulness*.

De manière inattendue, cette recherche ne trouve pas de lien entre l'amélioration de la capacité d'observer, de décrire et la diminution des SPB. Dans la TCD, ces deux compétences sont connues sous le nom des compétences du « quoi » de la *mindfulness*. Ces résultats pourraient suggérer que le défi principal des adolescentes



présentant des SPB n'est pas tant d'améliorer leur capacité d'observer et de décrire leurs émotions, mais plutôt d'apprendre à juger moins sévèrement leurs émotions et d'agir avec présence. D'ailleurs, selon la théorie du problème de la TCD (Linehan, 1993 a), la conséquence d'un environnement invalidant est le développement chez l'individu d'une attitude austère envers ses émotions douloureuses. Les compétences du « comment » de la TCD (non-jugement, une chose à la fois et faire ce qui efficace) visent alors à modifier cette réponse non adaptée en réaction à l'expérience émotionnelle douloureuse. Cette réponse non adaptée consiste à éviter ou à trop se laisser envahir par son expérience émotionnelle (Hayes et Feldman, 2004).

L'entraînement aux compétences de *mindfulness* permet le développement d'une relation plus équilibrée<sup>1</sup> avec l'émotion (Wallace et Shapiro, 2006). Ces capacités de non-jugement et d'agir avec présence permettraient alors à l'individu de composer plus adroitement avec son expérience émotionnelle douloureuse. Ces compétences pourraient constituer les fondations des compétences de régulation émotionnelle (Linehan, 1993 b) en permettant une meilleure capacité de régulation émotionnelle.

Ce lien entre la *mindfulness* et la régulation émotionnelle a été exploré par quelques travaux de recherche (Coffey, Hartman et Fredrickson, 2010; Kumar, Fledman et Hayes, 2008; Luberto, Cotton, McLeish, Mingione et O'Bryan, 2013; Vujanovic, Bonn-Miller, Brenstein, McKee et Zvolensky, 2010). Ces auteurs ont évalué le pouvoir prédictif de ces compétences lors d'un seul temps de mesure grâce à des régressions linéaires. De façon intéressante, les compétences du « quoi » de la *mindfulness* (comme observer et décrire) enseignées dans la TCD ont un faible pouvoir prédictif sur les compétences de régulation émotionnelle (Coffey et coll., 2010). Par contre, ces chercheurs suggèrent que les compétences du « comment » de la *mindfulness* et, plus particulièrement, le non-jugement ont un fort pouvoir prédictif d'une bonne régulation émotionnelle. Ici, les résultats obtenus appuient les

---

<sup>1</sup> D'humeur égale, qui fait preuve de recul et de sérénité à l'égard des phénomènes agréables ou désagréables.

résultats de la présente thèse qui suggèrent la présence d'un lien entre l'amélioration de la *mindfulness* et de la régulation émotionnelle en soulignant l'importance du non-jugement.

#### 4.1.4.2 Régulation émotionnelle

Selon le modèle de Linehan (1993 b), la deuxième compétence enseignée est la régulation émotionnelle. Cette compétence s'exprime par trois objectifs, soit de bien comprendre son expérience émotionnelle, de réduire la fréquence des escalades émotionnelles et de réduire l'intensité des émotions douloureuses. Comme dans cette thèse, une étude faite auprès d'adultes trouve un lien entre la régulation émotionnelle mesurée avec le DERS et les SPB (Iverson et coll., 2012). Les résultats de l'étude évaluative montrent une amélioration aux six dimensions du DERS et cinq d'entre elles soutiennent l'hypothèse stipulant que les trois objectifs de la compétence de régulation émotionnelle jouent un rôle dans la diminution des SPB. Seule l'amélioration à la dimension du DERS mesurant la capacité de porter attention à ses émotions n'est pas associée à la diminution des SPB. Plusieurs études ont remarqué que cette dimension présentait des intercorrélations faibles avec les autres sous-échelles du DERS (Gratz et Roemer, 2004; Neumann, van Lier, Gratz et Koot, 2010) et qu'elle n'avait pas la même validité prédictive. Bardeen et ses collaborateurs (2012) suggèrent même d'enlever cette sous-échelle (items 2, 6, 8, 10, 17, 34) et d'utiliser une DERS à cinq facteurs pour augmenter son pouvoir prédictif et pour réduire le temps de passation du questionnaire. Les observations faites chez ces chercheurs vont dans le même sens que les résultats de cette thèse, car l'amélioration à cette sous-échelle est la seule qui n'est pas associée à la diminution des SPB. Pour mieux comprendre le processus impliqué dans l'apprentissage de la compétence de régulation émotionnelle, les liens entre les trois objectifs de la régulation émotionnelle et les résultats obtenus à ces cinq sous-échelles du DERS sont détaillés dans les paragraphes suivants.



Le premier objectif de la compétence de régulation émotionnelle a pour but de comprendre ses émotions et de développer une meilleure clarté de cette expérience. Seule l'amélioration à la dimension qui mesure la capacité d'avoir une expérience émotionnelle claire obtient un résultat significatif et soutiendrait l'atteinte de cet objectif de la TCD. Il est intéressant de rappeler que certains travaux de recherche montrent que la compétence de *mindfulness* est associée à la clarté de l'expérience émotionnelle (Coffey et coll., 2010; Luberto et coll., 2013; Vujanovic et coll., 2010). Par contre, les recherches de Coffey et coll. (2010) suggèrent que la clarté de l'expérience émotionnelle ne prédirait pas directement la tolérance à la détresse quand l'effet des autres facteurs du DERS est contrôlé. Comme avec les compétences de la *mindfulness* du « quoi » (observer et décrire), la capacité à mieux comprendre ses expériences émotionnelles ne semble pas suffisante pour mieux tolérer la détresse.

Le deuxième objectif de la compétence de régulation émotionnelle vise à réduire la fréquence des escalades émotionnelles. Trois dimensions du DERS soutiendraient l'atteinte de cet objectif de la TCD. Une première sous-échelle mesure la capacité de contrôler l'impulsion, une deuxième mesure la capacité de s'engager dans des comportements dirigés vers un but et la troisième mesure la capacité d'utiliser des stratégies efficaces. L'amélioration à ces trois sous-échelles est corrélée significativement à l'amélioration de la tolérance à la détresse.

Le troisième objectif de la compétence de régulation émotionnelle vise à réduire l'intensité des émotions douloureuses et une dimension du DERS contribuerait à l'atteinte de cet objectif de la TCD, soit celle qui mesure la capacité d'accepter ses émotions.

Encore ici, les compétences du « comment » de la *mindfulness*, comme le non-jugement, pourrait être un élément précurseur permettant le développement de la capacité à accepter ses émotions et à adopter les comportements d'approche enseignés dans les compétences de régulation émotionnelle. Il est aussi intéressant de

remarquer que, même si le non-jugement de la *mindfulness* ressemble à la capacité d'acceptation de la régulation émotionnelle, seule la régulation émotionnelle explique significativement l'amélioration de la tolérance à la détresse (figure 3.2).

En résumé, l'ensemble de ces liens souligne l'importance de plusieurs dimensions de la *mindfulness* et de la régulation émotionnelle. Par contre, l'amélioration des compétences du « quoi » de la *mindfulness* (observer et décrire) et des compétences de la régulation émotionnelle qui visent à comprendre ses émotions ne sont pas suffisantes à elles seules pour expliquer la diminution des SPB. Même si ces compétences n'expliquent pas directement la diminution des SPB, elles semblent contribuer indirectement à la diminution des SPB en étant des éléments potentialisateurs des autres compétences de la TCD. Les résultats de la régression hiérarchique suggèrent que le processus d'enseignement des compétences de la TCD ajouterait successivement et cumulativement à la diminution des SPB.

#### 4.1.4.3 Tolérance à la détresse

Selon le modèle de Linehan (1993 b), la dernière compétence enseignée est la tolérance à la détresse. Cette compétence a comme objectif d'apprendre à se distraire, à s'apaiser et s'exercer à mieux accepter la réalité. Dans la TCD, la compétence de régulation émotionnelle est utilisée pour prévenir les crises émotionnelles, tandis que les compétences de tolérance à la détresse sont mises en action pour survivre à ces crises. Les résultats de cette thèse montrent qu'une amélioration de la tolérance à la détresse mesurée par le DTS est fortement associée à une diminution des SPB. Le DTS possède une seule dimension qui mesure l'acceptation de la détresse, la régulation de l'impulsivité, la résistance à la crise et la force de l'envahissement émotionnel. Ces dimensions semblent couvrir l'ensemble des objectifs de la compétence de tolérance à la détresse de la TCD. Encore une fois, la notion d'acceptation est retrouvée dans ce groupe de compétences. Ici, l'acceptation n'est pas utilisée pour diminuer l'intensité d'une crise émotionnelle, comme dans la

régulation des émotions, mais plutôt pour garder son sens de direction pour traverser un envahissement émotionnel sans avoir recours à des comportements impulsifs et autodestructeurs.

Sur ce point, l'analyse des résultats de cette thèse montre que l'amélioration de la *mindfulness*, la régulation des émotions et la tolérance à la détresse sont en lien avec une diminution des SPB. Même si la tolérance à la détresse explique, à elle seule, significativement plus de variances que les deux autres compétences, l'amélioration de la *mindfulness*, de la régulation des émotions et de la tolérance à la détresse ajoutent toutes un pourcentage de variance expliquée à la diminution des SPB. L'analyse fine des résultats aux différentes sous-échelles montre l'importance de l'enseignement successif des compétences permettant le développement progressif de certaines capacités comme l'acceptation. Avec la *mindfulness*, l'adolescent apprend le non-jugement qui lui donne une vision plus claire de ses émotions; avec la régulation émotionnelle, il apprend à mieux réguler son impulsivité et à mieux accepter ses émotions douloureuses en soutenant son attention sur celles-ci pour en diminuer l'intensité; et avec la tolérance à la détresse, il apprend à replacer son esprit sur l'acceptation pour traverser une crise émotionnelle. L'analyse met aussi l'accent sur l'importance du développement des compétences du « comment » (sans juger et agir avec présence) pour améliorer la clarté de l'expérience émotionnelle, ce qui, ultimement, permet une diminution du dysfonctionnement de la régulation émotionnelle se traduisant par une diminution des SPB. Finalement, comme le démontrent la figure 3.2 et l'ensemble des analyses de la présente thèse, le processus d'enseignement des compétences de la TCD aurait un rôle important dans la diminution des SPB.

## 4.2 Considérations méthodologiques

### 4.2.1 Forces

Les travaux de recherche produits dans le cadre de cette thèse présentent des forces. Tout d'abord, cette thèse fait avancer le niveau des connaissances sur les mécanismes thérapeutiques actifs présents dans la TCD. Cette contribution s'explique par la réalisation d'une analyse du cadre théorique guidée par une démarche reconnue dans l'évaluation de programme (Breton et coll., 2001). Parmi les études qui évaluent la TCD, peu ou aucune d'entre elles ont fait cette analyse du cadre théorique. Une telle démarche assure la clarté conceptuelle et la validité théorique du choix des variables dépendantes du protocole d'évaluation. La recension des écrits constitue une autre force de cette thèse. Un total de 67 articles scientifiques ont été analysés pour guider l'élaboration de la méthode d'évaluation utilisée dans l'étude pilote et dans l'étude évaluative. Cette recension a permis d'identifier le niveau de preuve scientifique de la TCD auprès des adultes et des adolescents, les méthodes de recherche utilisées ainsi que l'ensemble des mesures employées pour évaluer les variables dépendantes identifiées dans l'analyse du cadre théorique. Ces travaux de recherche rigoureux ont permis de constituer un protocole de recherche ciblant l'évaluation de l'apprentissage des compétences psychosociales de la TCD. L'absence d'articles scientifiques ciblant l'évaluation de ces apprentissages démontre la rareté des études quant aux mécanismes thérapeutiques actifs présents dans la TCD. Conséquemment, la présente thèse doctorale répond à ce besoin et fait avancer le niveau des connaissances sur le sujet.

Une autre force de cette thèse est l'utilisation d'instruments de mesure qui ont été traduits en français par un comité composé de six professionnels aux compétences complémentaires (Bibaud-De Serres, 2010). Les étapes de la validation transculturelle (Vallerand, 1989) ont également été respectées en testant la recevabilité et la compréhensibilité des énoncés auprès d'adolescents. Des analyses de fidélité et de



validité factorielles ont été réalisées auprès de 295 jeunes adultes. Les résultats de ces analyses révèlent que les instruments sélectionnés ont de bonnes propriétés psychométriques et reproduisent celles des instruments de langue anglaise. Par ailleurs, la recension des écrits scientifiques a permis de constater que de nombreuses études évaluant la TCD ont utilisé des mesures aux propriétés psychométriques inconnues. La rigueur de ce processus de traduction et de validation assure alors la scientificité des instruments de mesure en ajoutant à la validité de la mesure des variables dépendantes.

Le premier volet de l'étude pilote portait sur l'évaluation de l'implantation de la TCD offerte aux adolescents de la CTH. Cette étude est la première au Canada à évaluer et à détailler rigoureusement l'implantation de la TCD en milieu psychiatrique. Cette étude se démarque par son évaluation méthodique de la TCD à l'aide de plusieurs grilles d'analyse issues d'une documentation scientifique. L'utilisation d'accords interjuges et l'obtention de bons kappas montrent la rigueur de l'analyse des critères de succès qui confirme qu'un programme complet de TCD respectant le programme d'origine a été implanté à la CTH. Cette évaluation systématique de l'implantation soutient le bien-fondé du deuxième volet de cette étude pilote qui vise l'évaluation de la TCD auprès de six adolescents de la CTH. Ce deuxième volet résulte en l'obtention de résultats prometteurs en suggérant que les instruments de mesure sont sensibles aux changements sur les variables dépendantes à l'étude. Ces résultats appuient alors la pertinence de réaliser une recherche auprès d'un plus grand nombre de participants. La préparation rigoureuse du protocole général d'évaluation avec son analyse du cadre théorique, sa recension des écrits scientifiques et son étude pilote assurent alors la pertinence et le bien-fondé de l'étude évaluative.

L'étude évaluative de cette thèse est la première recherche faite au Canada à montrer une diminution des SPB et des CA après une TCD auprès d'adolescents. D'ailleurs, le nombre de participants surpasse celui de plusieurs études faites auprès des



adolescents, car 11 des 18 articles recensés ont évalué la TCD auprès d'un plus petit nombre d'adolescents que ne le fait cette étude. En comparaison aux autres études évaluant la TCD pour adolescents, cette recherche a l'avantage d'évaluer un traitement manualisé de TCD qui respecte l'adaptation de Miller et ses collaborateurs (2007). Par ailleurs, l'évaluation structurée de l'intégrité du traitement de la TCD offerte à la CETDS-J obtient d'excellents accords interjuges. Cette procédure appuie le respect du programme initial et la correspondance du matériel créé pour l'entraînement de groupe. Aussi, l'homogénéité des participants et la validité de leur profil clinique et diagnostique sont assurées par une évaluation initiale composée d'entrevues semi-structurées et d'une batterie de questionnaires qui repose sur les meilleures pratiques en évaluation auprès des adolescents. La diversité et la validité des instruments de mesure minimisent alors les erreurs diagnostiques et assurent une bonne homogénéité des participants. Enfin, cette étude évaluative est la première à évaluer simultanément tant l'amélioration de ces compétences (perception des participantes) et l'utilisation réelle des compétences. La mesure de ces deux aspects du développement des compétences après une TCD permet de respecter les recommandations de Neacsiu, Rizvi et Linehan (2010 a) d'évaluer l'utilisation réelle des compétences et de clarifier le rôle spécifique de chacune des compétences dans la diminution des SPB qui est observée chez les adolescentes.

Cette recherche est aussi la première à montrer une augmentation des compétences de *mindfulness*, de tolérance à la détresse, de régulation émotionnelle, de l'efficacité interpersonnelle et une augmentation de l'utilisation des compétences psychosociales chez des adolescents lors d'une TCD. C'est aussi la première fois qu'une étude suggère un lien entre certaines de ces compétences et la diminution des SPB en mettant en lumière l'importance d'une séquence d'enseignement des compétences. La recension des écrits démontre que peu d'études se sont intéressées à la compréhension du rôle de ces apprentissages après une TCD. L'augmentation des compétences observée dans cette recherche appuie le cadre théorique de la TCD tel

que proposé par Linehan (1993) qui soutient qu'un déficit des compétences psychosociales serait responsable du dysfonctionnement émotionnel chez ces adolescentes. Même si une seule étude confirme ce lien chez les adultes (Neacsiu et coll., 2010 a), cette recherche ajoute au niveau de connaissances scientifiques en éclairant l'importance de l'ordre d'enseignement des compétences.

Par ailleurs, une autre contribution de cette thèse est le faible taux d'abandon de traitement obtenu lors de l'étude évaluative, seulement cinq participantes (14 %) qui ne complètent pas leur suivi. Ce taux est plus bas que le taux moyen (27,3 %) généralement retrouvé pour un traitement de TCD (Kliem et coll., 2010). Ce haut taux de participation est établi avec une catégorie d'adolescents dont 82,4 % remplissaient tous les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de personnalité borderline et pour qui l'adhérence au traitement est en général difficile (Bornovalova et Daughters, 2007). Il est important de rappeler que le deuxième élément de la hiérarchie des cibles de traitement de la TCD, après la stabilisation des CA, est de maintenir la motivation de l'adolescent à poursuivre son traitement. Le taux de rétention témoigne donc des compétences de l'équipe offrant le traitement de TCD et ajoute à la qualité de l'intervention évaluée. Aussi, ce taux de rétention ajoute à la validité externe des résultats obtenus, car les analyses comparatives qui s'intéressent aux différences entre les adolescentes qui ont complété ou non leur suivi révèlent que le niveau de sévérité des symptômes n'est pas lié à la complétion de la TCD. Finalement, un autre ajout à la validité externe de cette recherche réside dans le fait qu'elle s'est déroulée auprès d'adolescentes francophones et anglophones d'origine québécoise. Il est donc permis d'affirmer que les résultats sont généralisables à des jeunes francophones et anglophones du Québec ayant des SPB de sévérité variable.

#### 4.2.2 Limites

Malgré le caractère inédit et novateur des travaux de recherche de cette thèse, les résultats doivent être interprétés avec prudence, car plusieurs faiblesses liées à la méthode de recherche doivent être considérées. La validité externe de l'étude pilote réalisée à la CTH est limitée, car seulement 24 % des adolescents qui y ont reçu une TCD ont complété le protocole général d'évaluation. La validité externe est menacée, car les effets mesurés ne s'appliquent qu'à un faible pourcentage des adolescents de la CTH. Certaines différences entre les adolescents qui ont participé et ceux qui n'ont pas participé à l'étude pourraient limiter la généralisation. Par exemple, il est possible que les adolescents qui ont participé à cette étude pilote présentent un profil clinique différent de ceux qui n'y ont pas participé. Ceux qui y ont participé pourraient avoir eu moins de SPB, de CA et de diagnostics au dossier médical et pourraient être plus motivés. Il est aussi possible que les adolescents de la CTH qui ont participé à l'étude pilote vivaient moins de difficultés sociales et psychologiques que ceux qui n'y ont pas participé. Il est aussi connu que les participants qui se portent volontaires présentent généralement des caractéristiques différentes des participants qui sont choisis aléatoirement (Heiman, 2002), comme par exemple, présenter un statut social économique différent et présenter de meilleures capacités d'apprentissage. Étant donné que ces adolescents n'ont pas signé de formulaire de consentement, il n'a pas été possible d'évaluer ce biais de participation.

Une analyse des raisons qui expliquent la faiblesse de ce taux de participation identifie quelques difficultés qui ont nui au recrutement. D'abord, plus de cinq projets de recherche avaient lieu simultanément à cette clinique et un arbre de décisions complexes guidait l'attribution des participants à chaque projet de recherche. Il est alors possible de supposer que plusieurs candidats potentiels ont participé à d'autres études et n'ont pas pu participer à cette étude pilote. Enfin, la procédure de recrutement de cette recherche était longue et composée de plusieurs étapes intermédiaires. Ce processus de recrutement étalé sur plusieurs semaines a joué un

rôle dans l'exclusion de plusieurs participants et peut avoir contribué au refus de participer. Cette difficulté de recrutement de recherche n'a pas eu lieu à la CETDS-J, car 100 % des adolescentes qui recevaient une TCD ont accepté d'y participer, et ce, même si plusieurs autres projets de recherche étaient aussi en cours. Dans cette dernière clinique, l'évaluation du traitement de la TCD est considérée comme prioritaire et la procédure de recrutement est simple et intégrée dans le traitement offert.

Une autre limite de cette thèse est l'absence de groupe contrôle. Un devis prétest/posttest ne permet pas de contrôler pour le passage du temps. Le simple passage du temps pourrait être responsable d'une partie des changements observés sur les variables dépendantes. Pour pallier à cette faiblesse, un devis expérimental avec groupe contrôle et assignation aléatoire aurait pu être fait. Ce devis n'a pas été employé à la CETDS-J ni à la CTH pour des raisons de faisabilité, car ces cliniques n'avaient pas suffisamment de ressources humaines pour déployer deux équipes soignantes simultanément, une offrant la TCD et une autre offrant un traitement contrôle. Pour ces raisons, les changements sur les variables dépendantes et les liens trouvés entre ces variables ne peuvent pas être interprétés comme étant causés par un traitement de TCD, car ces liens sont corrélationnels. Aussi, certaines études qui évaluent la TCD auprès d'adultes ont observé que le passage du temps avait une influence sur les résultats obtenus aux variables dépendantes (McMain et coll., 2009; Harned et coll., 2012).

En outre, la méthode de recherche employée dans cette thèse est une autre limite, puisque le protocole d'évaluation est exclusivement constitué de mesures autorapportées. L'utilisation de ce type de mesure est critiquée avec des participants ayant des troubles de la personnalité pour diverses raisons (Blount, Evans, Birch, Warren et Norton, 2002). D'abord, la réactivité et l'envahissement émotionnel qui sont fréquents chez ces adolescents peuvent être responsables momentanément d'une



attribution de scores extrêmes aux items des questionnaires et altérer les résultats. Des scores extrêmes au prétest pourraient alors simuler de fortes améliorations sur plusieurs variables dépendantes comme les SPB et les CA. Cette émotivité peut rendre la passation des questionnaires difficile et être en cause dans les nombreuses réponses manquantes retrouvées dans ces mesures autorapportées. Ces réponses manquantes diminueraient la représentativité des résultats obtenus. Par contre, les participantes de l'étude évaluative de cette thèse ont pris le soin de répondre à la grande majorité des items des questionnaires et seulement un faible taux de réponses manquantes est obtenu.

De plus, les résultats de cette thèse peuvent être sujets à un biais de désirabilité sociale. En effet, les variables dépendantes comme les SPB et les CA peuvent être particulièrement sensibles à ce type de biais. Aussi, l'utilisation des questions supplémentaires du BSL-23 pour mesurer les CA présente une limite, car cette mesure se limite à un indice de fréquence des CA et n'informe pas sur la dangerosité de ces comportements. Ici, même si les CA ont diminué en fréquence, la dangerosité de ces CA peut avoir changé et les questions supplémentaires du BSL-23 ne sont pas sensibles à ces changements. Probablement que l'utilisation du *Suicide Attempt and Self-Injury Interview* (Linehan et coll., 2006 a) aurait permis de pallier à cette difficulté par le calcul d'un indice de dangerosité de ces CA.

Qui plus est, même si cette thèse utilise des questionnaires traduits en français validés auprès d'adolescents pour leur clarté et validés auprès de jeunes adultes pour leurs propriétés psychométriques, un travail de validation reste à faire auprès d'adolescents entre 14 et 17 ans. Ces travaux permettraient de confirmer la structure factorielle, la cohérence interne auprès de ces adolescents et permettraient l'établissement de normes qui faciliteraient la comparaison des résultats de cette thèse avec les résultats obtenus auprès d'adolescents issus d'une population non clinique.



Enfin, une autre limite de cette étude est la présence possible d'un biais de l'expérimentateur, car pour l'étude évaluative, six adolescentes (18,2 %) ont reçu une thérapie individuelle par l'auteur de cette thèse et 15 autres (45,5 %) ont reçu un entraînement de groupe par ce même évaluateur. Les écrits scientifiques décrivent comment l'expérimentateur peut influencer indirectement les résultats obtenus lors de la passation d'un prétest et d'un posttest par ses réactions non verbales (Rosenthal, 2003) et, comme cette recherche a été principalement menée par un seul évaluateur, ce biais n'a pas pu être contrôlé.

Une limite importante des deux études est la faiblesse du contrôle de la variable indépendante. Pour la CTH, seules des autoobservations établies par les thérapeutes individuels ont été analysées. Pour l'étude pilote, seule une analyse des notes d'évolution et de l'entraînement de groupe ont été faites. Ces deux types d'analyses présentent plusieurs limites. Les observations faites par le thérapeute sur ses interventions peuvent manquer d'objectivité et une analyse de l'intervention offerte lors de l'entraînement de groupe de l'étude pilote n'a pas été réalisée. Ceci a rendu difficile un bon contrôle de la validité interne du traitement de TCD offerte à la CTH. Pour l'étude évaluative, l'analyse des notes d'évolution de l'entraînement de groupe ne peut pas fournir un portrait complet du déroulement de ces rencontres, car ces notes ne contiennent qu'un résumé succinct et peuvent manquer de recul et d'objectivité. De plus, aucune mesure de contrôle n'a été faite pour la thérapie individuelle dans cette clinique. La seule mesure de contrôle de qualité du traitement mise en place était constituée des rencontres hebdomadaires de supervision d'équipe durant lesquelles les thérapeutes discutaient du déroulement de leur rencontre de thérapie individuelle. Les rencontres de supervision ont pu assurer la qualité du traitement de TCD dans une certaine mesure, mais elles ne sont peut-être pas suffisantes pour offrir un bon contrôle de la validité interne des rencontres individuelles. Un enregistrement vidéo des rencontres a été proposé pour analyser le contenu des rencontres de groupe et des rencontres individuelles dans ces deux

cliniques, mais cette option a été abandonnée étant donné les difficultés éthiques en milieu psychiatrique tertiaire pour réaliser de tels enregistrements.

Aussi, une limite de cette étude est l'absence d'un suivi qui informe sur le maintien à long terme des améliorations mesurées chez les adolescents. Les effets observés pourraient s'estomper quelques mois après la fin du traitement. Pour des raisons de faisabilité et de limitation des ressources, un troisième temps de mesure un an après le traitement de TCD n'a pas été réalisé. Même si plusieurs études effectuées auprès des adultes montrent une certaine stabilité des gains thérapeutiques après une TCD (Kleindienst et coll., 2008; Linehan et coll., 1993; Linehan et coll., 2006 b; McMain et coll., 2012; van den Bosch et coll., 2005), le maintien des gains thérapeutiques auprès des adolescents qui ont reçu ce traitement reste très peu connu. En fait, seule l'étude de Katz et ses collaborateurs (2004) suggère un tel maintien. Aussi, les études rapportées dans la présente thèse évaluent seulement la première phase d'un traitement de TCD qui cible la stabilisation des CA. Tout comme l'ensemble des études faites pour évaluer la TCD, aucune information n'est disponible quant aux effets de ce traitement lors des deux autres phases qui sont proposées dans les protocoles d'intervention (Linehan, 1993 a), soit la phase de réduction du stress posttraumatique et celle du travail thérapeutique pour l'atteinte des objectifs de vie. Dans un même ordre d'idées, ces travaux de recherche ne permettent pas d'identifier quelle modalité d'intervention de la TCD est responsable des apprentissages réalisés par les adolescents et comment la thérapie individuelle, l'entraînement de groupe et le soutien téléphonique contribuent aux améliorations qui ont été observées chez ces adolescents après une TCD.

Finalement, la validité externe de cette étude se limite à un échantillon d'adolescentes qui reçoivent un traitement de TCD en milieu psychiatrique tertiaire. De plus, seulement deux garçons ont participé à l'étude faite à la CTH. Ce manque de participants de sexe masculin appelle à la prudence quant à la généralisation de ces

résultats auprès des populations masculines. Il est connu que les garçons présentent un profil différent de celui des filles sur le plan des troubles externalisés et internalisés (Fernandez-Castelao et Kröner-Herwig, 2013). Il se peut que le processus d'acquisition des compétences puisse s'opérer différemment chez les garçons. Même si le groupe d'adolescentes de l'étude évaluative présentait une bonne homogénéité au niveau des SPB et des CA, une grande proportion d'entre elles présentaient aussi un trouble alimentaire (41,2 %). L'intervention évaluée dans cette thèse ne s'est pas intéressée de façon spécifique à ce trouble et cette recherche est limitée quant à l'évolution des difficultés qui s'y rattachent et, par conséquent, à l'impact de l'apprentissage des compétences sur les troubles alimentaires.

#### 4.3 Implications cliniques

Ces travaux de recherche ont des implications cliniques. Tout d'abord, les résultats trouvés soutiennent le modèle de Linehan (1993 a) qui stipule qu'un déficit des compétences psychosociales peut être comblé par l'amélioration de celles-ci. Il s'avère ainsi que les compétences psychosociales sont un élément thérapeutique actif en lien avec la diminution des SPB chez les adolescents. Conséquemment, la présente thèse appuie la place centrale donnée à l'apprentissage des compétences psychosociales dans la TCD. Chacune des modalités de la TCD joue un rôle dans l'acquisition des compétences : l'entraînement de groupe favorise l'apprentissage; la thérapie individuelle permet le travail d'intégration et l'application des compétences dans la vie quotidienne; et le soutien téléphonique aide à la généralisation des acquis. Même si ces travaux de recherche ne permettent pas d'apprécier l'impact relatif de ces différentes modalités dans l'acquisition des compétences, cette thèse appuie l'importance d'un travail thérapeutique soutenu qui table sur ces différentes modalités.



#### 4.3.1 Importance de l'apprentissage de la *mindfulness* et de l'acceptation

Les résultats de l'étude évaluative permettent d'identifier le rôle pivot de l'apprentissage des compétences dans les gains thérapeutiques observés. Ces résultats suggèrent que l'amélioration de certaines de ces compétences serait associée à une réduction des SPB chez les adolescents. Lors d'un traitement de TCD, l'équipe traitante doit avoir une bonne maîtrise de ces compétences et doit s'assurer de miser sur un entraînement intensif de celles-ci. Pour débiter, un accent particulier devrait être mis sur les compétences du « comment » de la *mindfulness*, étant donné le rôle important qu'elles jouent pour l'acquisition des compétences de régulation émotionnelle. Ces compétences de *mindfulness* visent le développement d'une attitude de non-jugement et de la capacité d'agir avec présence (faire une chose à la fois et faire ce qui est efficace). Par la suite, les résultats suggèrent qu'une attention soit portée sur l'acceptation, et ce, tant sur le plan de régulation émotionnelle que sur celui de la tolérance à la détresse.

Concernant la compétence de régulation émotionnelle, l'acceptation est mise en pratique dans la compétence dénommée « être présent à son émotion ». Ici, il est demandé à l'adolescent d'accepter l'émotion douloureuse qu'il vit en lui, en portant toute son attention pour en diminuer l'intensité. Dans la tolérance à la détresse, l'acceptation est mise en pratique pour survivre à une crise émotionnelle, entre autres, par le biais de la compétence intitulée « replacer son attention sur l'acceptation ». Dans cette compétence, l'acceptation renvoie à une prise de conscience que la réalité est ce qu'elle est, que certaines situations passées ou présentes ne peuvent pas être changées et qu'il est inutile d'ajouter de la souffrance à cette détresse en refusant l'existence même de celle-ci.

Ainsi, les compétences de *mindfulness* et l'acceptation semblent être un fil d'Ariane de cette thérapie. À noter qu'elles peuvent être difficiles à enseigner en contexte thérapeutique auprès d'adolescentes qui n'ont pas encore développé la pensée

hypothético-déductive, permettant des raisonnements abstraits et complexes. C'est pour cette raison que les intervenants qui veulent transmettre ces compétences doivent avoir une compréhension claire et ancrée dans l'expérience personnelle. D'ailleurs, il est suggéré que ces thérapeutes pratiquent personnellement la compétence de *mindfulness* pour affiner leur capacité à l'enseigner (Linehan, 1993 a).

#### 4.3.2 Durée et adaptations du traitement de TCD

Les articles scientifiques évaluant la TCD auprès des adolescents proposent plusieurs modifications au traitement d'origine en variant la durée de l'intervention et en modifiant les compétences enseignées pour répondre aux besoins cliniques de certains adolescents. Les résultats de cette thèse apportent de nouveaux éclairages sur ces paramètres de traitement. La recension des écrits montre que les TCD pour adolescents sont caractérisées par une durée qui varie entre deux et 76 semaines. Avec les travaux de recherche de cette thèse, il est possible de penser qu'une intervention de 20 semaines permettrait des changements sur les SPB, les CA, les compétences de *mindfulness*, de tolérance à la détresse, de régulation émotionnelle ainsi que d'efficacité interpersonnelle. Ces observations sont compatibles avec les recommandations de Miller et ses collaborateurs (2007) qui proposent une durée d'intervention similaire. Ainsi, les équipes désirant instaurer une TCD pour adolescents devraient suivre ces recommandations et déployer un traitement de TCD s'échelonnant minimalement sur 20 semaines.

Par ailleurs, comme le suggère l'absence de lien entre l'amélioration de la mesure d'efficacité interpersonnelle et la diminution des SPB après 20 semaines, une intervention plus longue permettrait peut-être une meilleure consolidation de l'ensemble des compétences. D'ailleurs, les résultats de l'étude de Neacsiu et ses collaborateurs (2010 a) qui a été menée auprès d'adultes montrent une augmentation importante de l'utilisation des compétences après 40 semaines de TCD. Cependant, il demeure important de tenir compte des coûts en ressources humaines et des accès



limités au système de santé mentale publique dans le choix de doubler la durée d'un traitement de TCD.

Par la suite, on peut remarquer que parmi les participantes de l'étude faite à la CETDS-J, douze adolescentes (35,3 %) correspondent aux critères d'un trouble alimentaire comorbide et que huit (23,5 %) correspondent aux critères de comorbidité d'un trouble lié à une substance en diagnostic secondaire. La comorbidité de ces troubles avec les SPB est connue dans les écrits scientifiques (APA, 2013; Morgan, Chelminski, Young, Dalrymple et Zimmerman, 2103; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin et Burr, 2000). Les résultats de cette recherche doctorale semblent montrer des améliorations au niveau des compétences chez ces jeunes, mais un traitement mieux ajusté à cette réalité clinique pourrait maximiser l'apprentissage des compétences étant donné la prévalence de ces adolescents en milieu psychiatrique. La recension des écrits identifie des études qui ont évalué une adaptation de la TCD qui vise à traiter spécifiquement les troubles alimentaires (Palmer et coll., 2003; Safer et coll., 2007; Salbach-Andrea et coll., 2008) et plusieurs études ont évalué une adaptation de la TCD pour venir en aide à une clientèle ayant des problèmes de consommation (Dimeff et coll., 2000; Linehan et coll., 1999, Linehan et coll., 2002; van den Bosch et coll., 2002). Ces adaptations personnalisent le traitement et ajoutent des nuances à l'enseignement des compétences, et ce, pour mieux cibler les particularités associées à ces troubles comorbides. Un traitement de TCD en milieu psychiatrique gagnerait à maîtriser et à incorporer ces adaptations dans l'intervention faite auprès de ces adolescents.

#### 4.3.3 Format de l'entraînement de groupe

Il appert que le traitement de TCD offert aux adolescents joue un rôle dans l'apprentissage des compétences. Les résultats de cette recherche soulignent que le processus d'apprentissage des compétences pourrait être important dans les gains thérapeutiques observés. Or, la structure de l'entraînement de groupe et l'ordre

d'enseignement des compétences peuvent varier d'un milieu clinique à un autre et d'une étude à une autre. D'ailleurs, la CTH et la CETDS-J présentent certaines différences quant à l'entraînement de groupe offert. Par exemple, la CTH offre un groupe ouvert où des participants se joignent au groupe à différents moments et débutent leur apprentissage par l'une ou l'autre des compétences. Comme décrit dans le chapitre III, les adolescentes de la CETDS-J apprennent les compétences dans un ordre fixe et préétabli, car les groupes sont fermés. Les résultats de cette thèse mettent en lumière qu'une amélioration de la compétence de *mindfulness* semble en lien avec une amélioration de la régulation des émotions et, par la suite, d'une amélioration de la tolérance à la détresse. Un groupe ouvert pourrait alors poser problème, car tous les participants n'y apprennent pas les compétences dans le même ordre et pourraient moins profiter de l'effet séquentiel et cumulatif de l'apprentissage des compétences suggéré par cette thèse. Deux solutions pourraient pallier à cette difficulté posée par les groupes ouverts. La première serait de répéter l'enseignement de la compétence de *mindfulness* après l'enseignement des autres compétences. Cette répétition assurerait que tous les participants aient une chance d'améliorer leur compétence de *mindfulness* et plus particulièrement leur capacité de non-jugement. La deuxième solution serait de prolonger le groupe d'entraînement aux compétences afin que toutes les compétences puissent à nouveau être enseignées. Ce deuxième cycle d'entraînement aux compétences pourrait alors assurer une meilleure consolidation des apprentissages et une meilleure capitalisation de l'effet séquentiel et cumulatif trouvé par cette thèse. À noter que ces deux solutions sont déjà recommandées par Marsha Linehan dans la mise sur pied d'un groupe ouvert d'entraînement aux compétences. Les résultats de cette thèse viennent appuyer le bien-fondé de ces recommandations.

#### 4.4 Transfert des connaissances

Les connaissances issues de cette thèse enrichissent et enrichiront les communautés scientifiques et cliniques par la production d'articles scientifiques, par des présentations à des congrès nationaux et internationaux et par plusieurs conférences données à des cliniciens et chercheurs. Déjà, les résultats de l'étude pilote ont contribué à la publication d'un premier article (Labelle et Janelle, 2012) et à la soumission d'un second (Labelle, Janelle et Pouliot, soumis). La soumission d'un article dans le journal scientifique *Mindfulness* est aussi prévue pour rendre disponible l'ensemble du travail de traduction et de validation des instruments de mesure utilisés dans cette thèse. Un article scientifique reprenant les résultats du chapitre III sera aussi rédigé et soumis dans un journal scientifique. Des présentations sont prévues au troisième *International Congress on Borderline Personality Disorder* qui aura lieu à Rome en octobre 2014 et au congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie en mars 2014. Des conférences seront données au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) en hiver 2014 et, par la suite, à la CTH et à la CETDS-J dans le but de diffuser les résultats et les implications cliniques de cette thèse. Ces conférences présenteront l'importance de la *mindfulness* et de l'acceptation, les recommandations quant à la durée du traitement et les précautions à prendre lors de l'entraînement de groupe. Des présentations aux chefs administratifs de ces deux cliniques seront aussi effectuées pour justifier les retombées des traitements de TCD offerts et pour souligner l'importance d'offrir aux équipes traitantes une formation continue en TCD adéquate. D'ailleurs, les résultats du chapitre II ont permis de produire un rapport de recherche qui a été remis à la CTH en novembre 2013.

#### 4.5 Avenues des recherches futures

Des recherches restent à être réalisées afin de faire avancer le niveau de validation scientifique de la TCD pour adolescents et pour mieux comprendre les mécanismes

responsables des gains thérapeutiques de ce traitement. Même si les deux études de cette thèse ont contribué à l'avancement des connaissances, il est important de pousser plus loin les limites des recherches portant sur les thérapies offertes aux adolescents présentant des SPB et des CA. Tout d'abord, il serait important de réaliser d'autres études évaluatives en utilisant un groupe contrôle, une assignation aléatoire et un plus grand nombre de participants. Cette condition contrôle devrait s'inspirer des meilleures pratiques en psychiatrie et en psychologie dans l'intervention auprès d'adolescents ayant des SPB et des CA (APA, 2001; APA, 2003) et être dotée d'une intensité et de modalités semblables à celles offertes dans une TCD. Cette méthode de recherche permettrait un meilleur contrôle de la validité interne et pourrait faire avancer davantage les connaissances sur le traitement de TCD auprès des adolescents.

Aussi, des études avec des garçons devraient être réalisées. Étant donné que les garçons présentent un profil différent de celui des filles, des adaptations pourraient être réalisées pour leur offrir un traitement de TCD. D'abord, un effort doit être fait pour améliorer le recrutement des garçons qui se retrouvent rarement en clinique externe comparativement aux filles, et ce, même si les décès par suicide sont plus fréquents chez les garçons (Légaré et coll., 2013). Une plus grande collaboration avec les centres jeunesse, les centres de désintoxication et les centres de détention pourrait pallier à cette difficulté de recrutement. Enfin, l'équipe offrant une TCD aux garçons devrait être bien formée pour adapter la TCD aux difficultés que présentent ces garçons, car ils ont un profil différent de celui des filles, car ils présentent une plus grande occurrence des troubles de la conduite, de la délinquance et des symptômes de la personnalité antisociale.

Par la suite, les études futures profiteraient de faire varier les types de mesure évaluant les variables dépendantes. Ces mesures pourraient, par exemple, être composées de mesures physiologiques comme celles de la tolérance à la détresse



(Burns et coll., 2004; Daughters et coll., 2005; Lejuez et coll., 2003) et de la régulation émotionnelle (Austin et coll., 2007). Des entrevues semi-structurées pourraient aussi diversifier les types de mesures évaluant les variables dépendantes. Une entrevue semi-structurée, comme le *Suicide Attempt and Self-Injury Interview* (Linehan et coll., 2006 a) permettrait de mieux évaluer les CA en fournissant un indice de leur dangerosité. L'utilisation d'un tel indice permettrait de mieux comparer les résultats de recherche avec des études scientifiquement valides dans ce domaine de recherche (Linehan et coll., 2006 b; McMain et coll., 2009; Neacsiu et coll., 2010 a). Des mesures écosystémiques pourraient aussi ajouter à la diversité des mesures. Ces mesures pourraient être faites par les proches des milieux de vie et s'intéresser au fonctionnement scolaire et social. Cette diversification augmenterait la qualité des résultats de ces mesures en diminuant les biais des mesures autorapportées et, par le fait même, augmenterait la validité interne de l'étude.

De plus, les études futures pourraient profiter de l'évaluation de l'amélioration et de l'utilisation des compétences chez les parents, ceux-ci ayant participé activement au traitement de TCD. Ces mesures permettraient de mieux comprendre le lien entre l'apprentissage des parents avec l'amélioration et l'utilisation des compétences des adolescents. Aussi, l'ajout d'une mesure de changements observés chez les adolescentes par les parents permettrait de vérifier la convergence des résultats.

Les études futures doivent porter une plus grande attention aux troubles alimentaires et aux troubles liés à une substance chez les adolescents qui reçoivent une TCD. Ces études gagneraient à élaborer des protocoles d'intervention explicites qui intègrent les adaptations disponibles de la TCD. Ces adaptations ont développé des compétences spécifiques aux troubles alimentaires et aux troubles liés à une substance et elles précisent l'application des stratégies d'intervention de la TCD en présence de ces troubles. L'intégration de ces adaptations permettrait de mieux venir en aide aux participantes qui présentent un profil clinique plus complexe. Parallèlement, des



mesures spécifiques qui évaluent l'évolution de ces problématiques pourraient aussi être incluses dans la méthode de recherche pour mieux comprendre comment les compétences qui influencent les symptômes associés à ces troubles.

Enfin, il serait recommandé d'évaluer l'effet qu'un deuxième cycle d'entraînement aux compétences aurait sur l'amélioration et l'utilisation des compétences. La mise en place d'un autre temps de mesure après 20 semaines d'entraînement supplémentaire en groupe permettrait aussi d'évaluer la pertinence de doubler le traitement offert aux adolescents. Dans le même ordre d'idées, il devient aussi important d'évaluer le maintien dans le temps des effets observés dans cette étude. Un autre temps de mesure administré un an après la fin du traitement pourrait donner de l'information précieuses sur l'évolution de ces adolescents et, par le fait même, sur l'impact de la TCD à long terme. Finalement, il serait important de bien contrôler la validité interne de la TCD qui est offerte. Pour ce faire, un enregistrement vidéo systématique de toutes les rencontres de groupe et des rencontres individuelles devrait être effectué. Ces enregistrements pourraient être analysés par des évaluateurs formés par *Behavioral Tech* pour mesurer l'adhérence au traitement de TCD.



## CONCLUSION

Les travaux de recherche de cette thèse témoignent de la complexité de mener une recherche évaluative en milieu psychiatrique auprès d'adolescents difficiles à traiter et à haut risque suicidaire. Malgré ces défis, la présente thèse a contribué à l'implantation d'un traitement de TCD complet, à l'obtention d'une formation officielle aux États-Unis et à la traduction et la validation de plusieurs instruments de mesure. Il est alors possible d'affirmer que cette thèse a contribué à améliorer tant la qualité du traitement TCD offert à la CTH et la CETDS-J que les procédures mises en place pour l'évaluer. Par ailleurs, cette thèse s'inscrit dans un désir d'évaluer les interventions psychologiques et de mettre de l'avant une pratique clinique qui repose sur les données probantes. L'ensemble de ces efforts a permis la réalisation de travaux de recherche novateurs dans deux cliniques psychiatriques de Montréal permettant l'avancement des connaissances. Même si ces travaux de recherche présentent certaines limites, les résultats obtenus soutiennent que la TCD semble prometteuse pour venir en aide à des adolescents qui présentent un profil clinique complexe. Le résultat principal de cette thèse est la mise en relief du lien existant entre l'apprentissage des compétences enseignées et les gains thérapeutiques observés chez les adolescents après une TCD. Cette thèse permet de mieux comprendre comment certaines notions intégrées aux TCC de troisième vague qui proviennent de l'Orient, comme la *mindfulness*, le non-jugement et l'acceptation, semblent jouer un rôle clé dans le rétablissement d'adolescents qui présentent des SPB et des CA. Ces découvertes sont alors porteuses d'espoir pour l'intervention auprès de jeunes qui étaient considérés réfractaires aux traitements psychologiques dans les années 90. Enfin, même si cette thèse a pu répondre, en toute humilité, à plusieurs questions, elle en a mis en lumière de nombreuses autres. Que cette thèse soit une goutte d'eau dans l'océan des travaux de recherche visant à aider tous les êtres touchés par la souffrance.



**APPENDICE A**  
**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉPRESSION MAJEURE ET DU**  
**TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE**



## Trouble de dépression majeure selon le DSM-5

### Critères diagnostiques

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une période de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes doit avoir été : 1) une humeur dépressive; ou 2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

**Note :** Ne pas inclure de symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste, désespéré ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure).  
(N.-B. : Éventuellement, irritabilité chez l'enfant et l'adolescent)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.  
(N.-B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue).
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation psychomotrice ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou présence d'indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.

- C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

**Note :** Les critères A à C représentent un épisode de dépression majeure.

**Note :** La réponse à une perte significative (p. ex., perte d'un être cher, ruine financière, perte matérielle lors d'un désastre naturel, maladie importante ou handicap) peut comporter un sentiment de tristesse, des ruminations, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids comme décrit dans le critère A. Ces manifestations peuvent ressembler à un épisode dépressif. Par contre, ces symptômes sont compréhensibles et peuvent être considérés comme une réponse ajustée. La présence d'un épisode de dépression majeure ou d'une réaction normale lors d'une perte significative doit être déterminée soigneusement.

Cette décision repose sur le jugement clinique en prenant en considération l'histoire de l'individu et les normes culturelles dans l'expression de la détresse lors d'une perte.

D. Les symptômes de l'épisode de dépression majeure ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, la schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou par tout autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode de manie ou d'hypomanie.

**Note :** Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de manie ou d'hypomanie ont été induits par des substances ou sont imputables à une affection médicale générale.

## Trouble de la personnalité borderline selon le DSM-5

### Critères diagnostiques

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (**Note** : ne pas inclure les comportements suicidaires ou automutilations énumérés dans le critère 5.)
2. Relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (**Note** : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou automutilations énumérés dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures mais rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétitives).
9. Survenue transitoire d'idéations persécutoires ou de symptômes dissociatifs sévères lors de situations de stress.

**APPENDICE B**  
**STRATÉGIES DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE**

## Recherche des atriels évaluant la thérapie comportementale dialectique

### Lignes de programmation utilisées pour psycINFO

Pour la population adulte

**Keywords:** dialectical *OR* **Keywords:** DBT *AND* **Methodology:** Quantitative Study *AND* **Document Type:** Journal Article *AND* **Year:** 1991 *TO* 2013

Pour population adolescente ajout de : *AND NOT* **Age Group:** Adulthood (18 yrs & older)

### Ligne de programmation utilisée pour Medline

Topic=("dialectical therapy") OR ((((((((((((((((((((((Topic=(DBT) NOT Topic=("Birth Process")) NOT (Topic=("Traditional Chinese Medicine") OR MeSH Heading:exp=(Medicine, Chinese Traditional))) NOT Topic=("objectivization")) NOT Topic=("phenomenological interpretation")) NOT Topic=("Psychoanalytic process")) NOT (Topic=("antiretroviral therapy") OR (MeSH Heading:exp=((Health Services)) AND MeSH Heading:exp=((Drug Therapy)))) NOT (Topic=("Information sharing") OR MeSH Heading:exp=(Information Dissemination))) NOT (Topic=("self-care") OR MeSH Heading:exp=(Self Care))) NOT (Topic=("Assertive Community Treatment") OR (MeSH Heading:exp=((Work)) AND MeSH Heading:exp=((Community Mental Health Services)))) NOT Topic=("external circumstances")) NOT Topic=("Thought suppression")) NOT (Topic=("genetic manipulation") OR MeSH Heading:exp=(Genetic Techniques))) NOT (Topic=("countertransference") OR MeSH Heading:exp=(Countertransference (Psychology))) NOT Topic=("Dialectical cotherapy")) NOT (Topic=("medication administration") OR (MeSH Heading:exp=((Nursing Process)) AND MeSH Heading:exp=((Nursing Care)))) NOT Topic=("dialectical reasoning")) NOT (Topic=("psychoanalytic theory") OR MeSH Heading:exp=(Psychoanalytic Theory))) NOT (Topic=("Euthanasia") OR MeSH Heading:exp=(Euthanasia))) NOT (Topic=("asthma") OR MeSH Heading:exp=(Asthma))) NOT Topic=("individual narratives")) NOT Topic=("natural remission")) NOT (Topic=("AIDS") OR MeSH Heading:exp=(Acquired Immunodeficiency Syndrome) OR MeSH Heading:exp=(Insemination, Artificial, Heterologous) OR MeSH Heading:exp=(Helping Behavior))) NOT Topic=("Winnicott")) Refined by: [excluding] MeSH Qualifiers=( ENZYMOLOGY OR METABOLISM OR ANALOGS DERIVATIVES OR INJURIES OR CHEMISTRY OR CHEMICAL SYNTHESIS OR PHYSIOPATHOLOGY OR PATHOGENICITY OR RADIOTHERAPY OR EDUCATION OR UTILIZATION OR COMPLICATIONS OR SURGERY OR BLOOD SUPPLY OR DRUG EFFECTS OR EPIDEMIOLOGY OR VIROLOGY OR DEFICIENCY OR PHYSIOLOGY OR IMMUNOLOGY OR RADIATION EFFECTS OR INNERVATION OR GENETICS OR CYTOLOGY OR ANATOMY HISTOLOGY OR MORTALITY OR PHARMACOLOGY OR ADVERSE EFFECTS OR ECONOMICS OR URINE OR BLOOD OR LEGISLATION JURISPRUDENCE OR AGONISTS OR TOXICITY OR ORGANIZATION ADMINISTRATION OR POISONING OR RADIONUCLIDE IMAGING OR STATISTICS NUMERICAL DATA OR BIOSYNTHESIS OR VETERINARY OR SECRETION OR RADIOGRAPHY OR ADMINISTRATION DOSAGE OR EMBRYOLOGY OR ETHNOLOGY OR PATHOLOGY OR CLASSIFICATION OR ULTRASONOGRAPHY OR HISTORY OR GROWTH DEVELOPMENT OR MICROBIOLOGY OR ULTRASTRUCTURE OR MANPOWER OR ISOLATION PURIFICATION OR CHEMICALLY INDUCED OR ABNORMALITIES OR TRANSMISSION OR PHARMACOKINETICS OR REHABILITATION ) AND MeSH Qualifiers=( THERAPY OR PSYCHOLOGY )

Timespan=1991-2013. Databases=MEDLINE.



**Recherche des articles décrivant des instruments de mesure des compétences****Moteurs de recherche : PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, APA Books****Any field: distress tolerance AND Any field: measure\* OR Any field: test\* OR Any field: scale OR Any field: psychometric OR Any field: self report Year: 1960 TO 2013****Any field: mindfulness AND Any field: measure\* OR Any field: test\* OR Any field: scale OR Any field: psychometric OR Any field: self report Year: 1960 TO 2013****Any field: emotion regulation AND Any field: measure\* OR Any field: test\* OR Any field: scale OR Any field: psychometric OR Any field: self report Year: 1960 TO 2013****Any field: interpersonal effectiveness OR Any field: assert\* AND Any field: measure\* OR Any field: test\* OR Any field: scale OR Any field: psychometric OR Any field: self report Year: 1960 TO 2013**



**APPENDICE C**  
**ANALYSE DES ARTICLES RECENSÉS**

**Tableau C.1**  
**Articles chez l'adulte selon les années de publications**

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (Modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
1. Linehan, Hubert, Armstrong, Suarez, Almon et Heard, (1991) États-Unis	Adultes de 18 à 45 ans en clinique externe N.S. % F	SPB avec TS et AM	44	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 22	Thérapies disponibles dans la communauté N = 22 (TI)	PHI, THI, SI, BDI BHS, RLI	Diminution de AM, de l'abandon de traitement et des hospitalisations
2. Linehan, Heard et Armstrong, (1993) <sup>1</sup> États-Unis	Adultes de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS et AM	41	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement (suivi)	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 20	Thérapies disponibles dans la communauté N = 21 (TI, EG)	PHI, STAS-T, GAS SAS-I, LIFE, SAS-SR	À la relance, diminution des AM, des hospitalisations et de la colère. Meilleur ajustement social
3. Linehan, Tutek, Heidi, Heard et Armstrong, (1994) <sup>1</sup> États-Unis	Adultes de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS et AM	46	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 23	Thérapies disponibles dans la communauté N = 23 (TI)	Entrevue clinique THI, STAS-T GAS, SAS-I, LIFE, SAS-SR	Diminution de la colère Meilleur fonctionnement psychosocial
4. Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter et Comtois, (1999) États-Unis	Adultes de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec abus de substance	28	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	Adaptation pour toxicomanes de 52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 12	Thérapies disponibles dans la communauté N = 16 (TI)	Analyses de laboratoire, THI, PHI, LIFE, GAS, STAS-T	Plus d'abstinence de consommation Moins d'abandon Meilleur ajustement social Diminution de la colère
5. Dimeff, Rizvi, Brown et Linehan, (2000) États-Unis	Trois femmes de 18 à 37 ans en clinique externe	SPB, abus d'amphétamine, TS et AM	3	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	Adaptation de 52 semaines pour une clientèle toxicomane (TI, EG, ST, SE)	Aucune	LPC, LIFE, GAS, SHI, STAT-T, BDI, analyses de laboratoire	Diminution de la colère et de la dépression Plus d'abstinence de consommation
6. Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Böhme et Linehan, (2000) Allemagne	Adultes de 17 à 44 ans hospitalisés 100 % F	SPB avec TS et AM	24	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 12 semaines pour unité d'hospit. (N.S.)	Aucune	LPC, SCL-90-R BDI, HAMD, STAI, DES, HAMA, STAXI	Diminution de la dissociation, de la dépression, de l'anxiété et des AM
7. Turner, (2000) États-Unis	Adultes de 18 à 27 ans hospitalisés 100 % F	SPB avec TS	24	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Comparaison de traitement	Adaptation de 6 semaines (TI) N = 12	Thérapie centrée sur les schémas (TI) N = 12	HAMD, BPRS, BDI, BAI, BSI Analyse de dossier	Diminution des TS et AM, de l'impulsivité, de la colère, de la dépression, des symptômes, des hospitalisations et d'abandon au traitement

Abbreviations : AM : automutilation; BAI : Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988); BDI : Beck Depression Inventory (Beck et coll., 1961); BHS : Beck Hopelessness Scale (Beck et coll., 1974); BSI : Beck Scale for Suicidal Ideation (Beck, Steer et Ranieri, 1988); BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale (Overall et Gorman, 1962); ST : suivi téléphonique; DES : Dissociative Experiences Scales (Benjamin et Punam, 1986); EG : entraînement de groupe; F : filles; GAS : Global Assessment Scale (Endicott et coll., 1976); HAMA : Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959); HAMD : Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960); LIFE : Longitudinal Interview Follow-Up Evaluation (Keller et coll., 1987); LPC : Lifetime Parasuicide Count (Linehan et Comtois, 1994); N.S. : non spécifiée; PHI : Parasuicide History Interview (Linehan et coll., 1989); RLI : Reasons for Living Interview (Linehan et coll., 1983); SE : supervision d'équipe; SI : Scale for Suicide Ideators (Shotte et Clum, 1982); SAS-I : Social Adjustment Scale-Interview (Weissman et coll., 1974); SAS-SR : Social Adjustment Scale-Self-Report (Weissman et coll., 1976); SCL-90-R : Symptom-Checklist (Derogatis, 1992); SHI : Social History Interview (Linehan et Heard, 1994); STAI : State-Trait Anxiety Scale (Spielberger et coll., 1983 a); STAS-T : State-Trait Anger Scale (Spielberger et coll., 1983 b); STAXI : State-Trait Anger Inventory (Spielberger, 1988); TCD : thérapie comportementale dialectique; THI : Treatment History Interview (Linehan et Heard, 1987); TI : thérapie individuelle; TS : tentative de suicide; SPB : symptôme de la personnalité borderline.  
¹ même participant que Linehan et coll. (1991)



Tableau C.2  
Articles chez l'adulte selon les années de publications (suite)

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégies d'évaluation	TCD (modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
8. Koons, Robins, Tweed, Lynch, Gonzalez, Morse et coll., (2001) États-Unis	Adultes de 21 à 46 ans en clinique externe 100 % F	SPB	20	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	Adaptation à 24 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 10	Traitement standard (TI, EG) N = 10	PHI, BDI, BHS, BSI, HAMD, SAES, HAMA, analyse de dossiers	Diminution des IS, du désespoir, de la dépression et de la colère
9. Low, Jones, Duggan, Power et MacLeod, (2001) Royaume-Uni	Adultes de 20 à 44 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec AM	10	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG)	Aucune	IDAS, DES, RLI, BHS, BSSI, BDI, IMS	Diminution des AM, de la dépression et de la dissociation, de l'impulsivité et des IS
10. Alper et Peterson, (2001) États-Unis	Adultes (âge N.S.) hospitalisés 100 % F	SPB avec AM	15	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	N.S.	Aucune	Analyse de dossiers	Diminution des AM
11. van den Bosch, Verheul, Schippers et van den Brink, (2002) Hollande	Adultes de 18 à 70 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec ou sans abus de substances	58	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 27	Thérapie individuelle N = 31	Analyse de dossiers ASI	Diminution de l'abandon de traitement et de l'abus de substances
12. Linehan, Dimeff, Reynolds, Conitois, Welch, Heagerty et Kilvan, (2002) États-Unis	Adulte de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec abus aux opiacés	23	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Comparaison de traitement	Adaptation de 52 semaines pour une clientèle toxicomane N = 11 (TI, EG, ST, SE)	Thérapie de validation avec le programme de 12 étapes N = 12 (TI, EG, ST)	Analyses de laboratoire, analyse de dossiers, PHI, SHI, LIFE, GAS, BSID	Diminution de la consommation
13. Friedrich, Gunia et Huppertz, (2003) Allemagne	Adultes de 20 à 57 ans en clinique externe 94 % F	SPB	33	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	64 semaines (TI, EG, ST, SE)	Aucune	Analyse de dossiers, BDI, F-SOZU, STAXI, FBS, AS	Diminution des TS et AM, de la durée des hospitalisations, de la dépression
14. Palmer, Birchall, Damani, Gatward, McGrain et Parker, (2003) Royaume-Uni	Adultes de 20 à 30 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec trouble alimentaire	7	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 73 semaines pour trouble alimentaire (TI, EG, ST, SE)	Aucune	Analyse de dossiers	Pas d'abandon de traitement Diminution des AM, de l'utilisation des services de santé et des symptômes de désordres alimentaires

*Abbréviations* : AM : automutilation; AS : Échelle de l'autoefficacité générale (Jerusalem et coll., 1986); ASI : Addiction Severity Index (Kokkevi et Hartgers, 1995); BDI : Beck Depression Inventory (Beck et coll., 1961); BHS : Beck Hopelessness Scale (Beck et coll., 1974); BSI : Beck Scale for Suicidal Ideation (Beck, Steer et Ranieri, 1988); BSID : Brief Symptom Inventory of Derogatis et Spitzer (Derogatis et Spitzer, 1982); DES : Dissociative Experiences Scales (Bemstein et Putnam, 1986); EG : entraînement de groupe; F : filles; FBS : Questionnaire d'évaluation du danger suicidaire (Storck, 1977); F-SOZU : Questionnaire sur le support social (Fydrich et coll., 1999); GAS : Global Assessment Scale (Endicott et coll., 1976); HAMA : Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959); HAMD : Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960); IDAS : Irritability, Depression and Anxiety Scale (Snaith et Zigmund, 1994); IMS : Impulsiveness Scale (Eysenck et Eysenck, 1991); IS : idée suicidaire; LIFE : Longitudinal Interview Follow-up Evaluation (Keller et coll., 1987); N.S. : non spécifié; PHI : Parasuicide History Interview (Linehan et coll., 1989); RLI : Reasons for Living Inventory (Linehan et coll., 1983); SAES : Spielberger Anger Expression Scale (Spielberger et coll., 1985); SE : supervision d'équipe; SHI : Social History Interview (Linehan et Heard, 1994); ST : suivi téléphonique; STAXI : State-Trait Anger Inventory (Spielberger, 1988); TCD : thérapie comportementale dialectique; TI : thérapie individuelle; TS : tentative de suicide; SPB : symptôme de la personnalité borderline.



**Tableau C.3**  
**Articles chez l'adulte selon les années de publications (suite)**

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégies d'évaluation	TCD (modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
15. Verheul, van den Bosch, Koeter, De Ridder, Stijnen et van den Brink, (2003) <sup>2</sup> Hollande	Adultes avec âge moyen de 34,9 en clinique externe 100 % F	SPB	58	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 27	TI deux fois par mois N = 31	LPC, BPDSI	Diminution de l'abandon de traitement, des AM et des comportements impulsifs
16. Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel, Lieb et Linehan, (2004) Allemagne	Adultes de 18 à 44 ans hospitalisés 100 % F	SPB avec TS ou AM	50	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 12 semaines pour unité d'hospitalisation (TI, EG, ST, SE) N = 31	Liste d'attente Intervention standard en unité hospitalisation N = 19	LPC, SCL-90-R, HAMA, STAI, HAM-D, STAXI, DES, GAF, IIP-64	Diminution des AM, de la dépression et de l'anxiété. Meilleur fonctionnement interpersonnel et ajustement social
17. Simpson, Yen Costello, Rosen, Begin, Pistorello et Pearlstein, (2004) États-Unis	Adultes hospitalisés avec âge moyen de 35 ans 100 % F	SPB	25	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Comparaison de traitement	12 semaines (TI, EG, SE) avec fluoxétine N = 12	TCD (TI, EG, SE) Avec placebo N = 13	BDI, STAI, DES, OAS-M, STAXI	Pas de bénéfice à ajouter une médication de fluoxétine. Amélioration sur la dépression, la colère, l'irritabilité et diminution des IS
18. McQuillan, Nicastro, Guenot, Girard, Lissner et Ferraro, (2005) Suisse	Adultes de 18 à 52 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS ou AM	87	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 3 semaines (TI, EG, ST, SE)	Aucune	BDI, BHS, SASS	Diminution de l'abandon, de l'utilisation des services de santé, de la dépression et du désespoir
19. van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul et van den Brink, (2005) <sup>2</sup> Hollande	Adultes avec âge moyen de 34,9 ans en clinique externe 100 % F	SPB	58	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement pour le suivi	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 20	TI deux fois par mois N = 24	LPC, BPDSI	Il y a maintien de la réduction de l'impulsivité et des AM
20. Brasington et Kravitz, (2006) Nouvelle-Zélande	Adulte de 20 à 53 ans 100 % F Lieu du traitement N.S.	SPB	10	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	Adaptation de 23 semaines (TI, EG, ST, SE)	Aucune	SCL-90-R, MCMI-III, Analyse de dossiers	Diminution de symptômes psychiatrique Pas d'abandon de traitement

*Abbreviations* : AM : automutilation; BDI : Beck Depression Inventory (Beck et coll., 1961); BHS : Beck Hopelessness Scale (Beck et coll., 1974); BPDSI : Borderline Personality Disorder Severity Index (Amiz et coll., 2003); ST : suivi téléphonique; DES : Dissociative Experiences Scales (Bernstein et Putnam, 1986); EG : entraînement de groupe; F : filles; GAF : Global Assessment of Functioning of the DSM-IV (APA, 2000); HAMA : Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959); HAM-D : Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960); IIP-64 : Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et coll., 1988); LPC : Lifetime Parasuicide Count (Linehan et Conroy, 1994); MCMI-III : Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3rd edition (Millon et coll., 1997); N.S. : non spécifié; OAS-M : Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott et Williams, 1986); SASS : Social Adaptation Self-Evaluation Scale (Bosc et coll., 1997); SCL-90-R : Symptom-Checklist (Derogatis, 1992); STAI : State-Trait Anxiety Scale (Spielberger et coll., 1983); STAXI : State-Trait Anger Inventory (Spielberger, 1988); SE : supervision d'équipe; TCD : thérapie comportementale dialectique; TI : thérapie individuelle; TS : tentative de suicide; SPB : symptôme de la personnalité borderline.

<sup>2</sup>même échantillon que van den Bosch et coll. (2002)

**Tableau C.4**  
Articles chez l'adulte selon les années de publications (suite)

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (Modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
21. Kröger, Schweiger, Sipos, Arnold, Kahl, Schunert, Rudolf et Reinecker, (2006) Allemagne	Adultes hospitalisés avec âge moyen de 30,5 ans 90 % F	SPB	50	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation des paramètres de traitement	Adaptation de 12 semaines (TI, EG, SE)	Aucune	SCL-90-R, BDI, GAF	Diminution des symptômes psychiatriques
22. Höschele, (2006) <sup>3</sup> Allemagne	Adultes hospitalisés avec âge moyen de 28,3 ans 88 % F	SPB	24	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	Adaptation de 12 semaines (TI, N.S.)	Voir Bohus et coll. 2003	LPC, SCL-90-R, BDI, STAXI, STAI	Diminution des AM, de la dépression, de l'anxiété
23. Linehan Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard et Wagner, (2006) États-Unis	Adultes de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS ou AM	101	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Comparaison de traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 52	Thérapie donnée par des experts (TI, EG, ST) N = 49	SASII, SBQ, RLI, THI, HAMD Analyse de dossiers	Diminution des TS, des IS, de la dépression, de l'utilisation des services médicaux et de l'abandon
24. Clarkin, Levy, Lenzenweger et Kernberg, (2007) États-Unis	Adultes de 18 à 50 ans en clinique externe 83 % F	SPB	90	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Comparaison de traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 30	Psychothérapie à focus transférentiel N = 30 Thérapie de support N = 30	OAS-M, AIAQ, BII, BSID, BDI, BHS	Dans la TCD et la psychothérapie à focus transférentiel, diminution des IS. Dans la psychothérapie à focus transférentiel, diminution de la colère et de l'impulsivité
25. Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith, Simpson, (2007) État-Unis	Adultes de 19 à 54 ans en clinique communautaire 96 % F	96 % SPB avec 91 % TS et AM	38	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 38	Aucune	THI, analyse de dossiers	Diminution des AM, des visites à l'urgence, des hospitalisations et de l'utilisation de services de crises.
26. Deve et Krawitz, (2007) Nouvelle-Zélande	Adultes en clinique communautaire Âge N.S. NS % F	SPB	19	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation des éléments thérapeutiques actifs	26 semaines (EG)	Aucune	Questionnaire maison	Classement de l'efficacité auto rapportée des compétences de la TCD

**Abréviations :** AM : automutilation; AIAQ : Anger, Irritability, and Assault Questionnaire (Coccato et Kavoussi, 1997); BDI : Beck Depression Inventory (Beck et coll., 1961); BHS : Beck Hopelessness Scale (Beck et coll., 1974); BII : Barrat Impulsivity Inventory (Barratt, 1995); BPDII : Borderline Personality Disorder Severity Index (Arntz et al, 2003); ST : suivi téléphonique; EG : entraînement de groupe; F : filles; N.S. : non spécifié; GAF : Global Assessment Scale of Functioning (Saß et coll., 2003); HAMD : Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960); IS : idée suicidaire; LPC : Lifetime Parasuicide Count (Linehan et Comtois, 1994); OAS-M : Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott et Williams, 1986); BSID : Brief Symptom Inventory of Derogatis (Derogatis et Melisaratos, 1983); RLI : Reasons for Living Inventory (Linehan et coll., 1983); SASII : Suicide Attempt Self-Injury Interview (Linehan et coll., 2006); SBQ : Suicidal Behaviors Questionnaire (Linehan, 1981); SCL-90-R : Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis, 1992); SE : supervision d'équipe; STAI : State-Trait-Anxiety Scale (Spielberger et coll., 1983 a); STAXI : State-Trait-Anger Inventory (Spielberger, 1988); TCD : thérapie comportementale dialectique; THI : Treatment History Interview (Linehan et Heard, 1987); TI : thérapie individuelle; TS : tentative de suicide; SPB : symptôme de la personnalité borderline.

<sup>3</sup>Utilise comme groupe contrôle les participant de Bohus et coll. (2000)



Tableau C.5  
Articles chez l'adulte selon les années de publications (suite)

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (Modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
27. Fassbinder, Rudolf, Bussiek, Köger, Arnold et coll. (2007) <sup>4</sup> Allemagne	Adultes hospitalisés avec âge moyen de 30,5 ans 88 % F	SPB	50	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 12 semaines (TI, EG) N = 26	Aucune	GAF, BDI, SCL-90-R, DES, EDI-2	Augmentation du fonctionnement psychosocial. Diminution de la dépression, de la dissociation et des difficultés alimentaires.
28. Harley, Baity, Blais et Jacobo, (2007) États-Unis	Adultes en clinique externe avec âge moyen de 38,9 ans 92 % F	SPB	49	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Stratégie de démantèlement vérifiant l'importance de la TI TCD	52 semaines (TI, EG, SE) N = 26	Thérapie individuelle non-TCD (TI, EG) N = 23	PAI, SOS-10	Diminution de la sévérité des SPB Diminution de la dépression et des IS. Pas de différence entre les conditions. Plus d'abandon avec thérapeute non-TCD
29. Lindenboim, Comtois et Linchan, (2007) États-Unis	Adulte de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS ou AM	49	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation des éléments thérapeutiques actifs	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 49	Aucune	Agenda hebdomadaire, SASII	Les participants rapportent pratiquer une compétence 78 % du temps, pratiquer plus se distraire, s'apaiser, observer et l'esprit sage. Augmentation de l'utilisation
30. Prendergast et McCausland, (2007) <sup>6</sup> Australie	Adulte en clinique communautaire avec âge moyen de 36,5 ans 100 % F	SPB	16	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	24 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 16	Aucune	BDI, STAXI, CSA, Entrevue clinique, analyse de dossiers	Diminution de la dépression, du nombre et de la durée des hospitalisations. Amélioration du coping. Diminution de la sévérité des AM
31. Schnell et Herpertz, (2007) Allemagne	Adultes hospitalisées avec âge moyen de 23,4 ans 100 % F	SPB	12	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Évaluation des éléments thérapeutiques actifs	Adaptation de 12 semaines (TI, EG, SE) N = 6	N.S. N = 6	STAI, PANAS, BSL-23	Changement dans la modulation de la réactivité fonctionnelle Diminution de la réactivité émotionnelle
32. Stanley, Brodsky, Nelson et Dult, (2007) États-Unis	Adulte de 18 à 49 ans en clinique externe 85 % F	SPB avec IS	20	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	Adaptation de 23 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 6	Aucune	Agenda hebdomadaire, BDI, BHS, HAMD	Diminution des AM, de la dépression, des IS et du désespoir Seulement 5 % d'abandon de traitement
33. Kleindienst, Limberger, Schmahl, Steil, Ebner-Priemer et Bohus, (2008) <sup>6</sup> Allemagne	Adultes de 18 à 44 ans hospitalisés 100 % F	SPB avec TS ou AM	31	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement (suivi à 36 mois)	Adaptation de 12 semaines pour unité d'hospitalisation (TI, EG, ST, SE) N = 31	Aucune	LPC, SCL-90-R, HAMA, STAI, HAMD, STAXI, DES, GAF, IIP	Maintien de la diminution de la dépression, des CA, des symptômes psychiatriques, de la dissociation, de l'anxiété.
34. Linehan, McDavid, Brown, Sayrs et Gallop, (2008) États-Unis	Adultes en clinique externe avec âge moyen de 36,8 ans 100 % F	SPB avec irritabilité importante	24	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Comparaison de traitement	Adaptation de 24 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 12 avec olanzapine	TCD (TI, EG, ST, SE) Avec placebo N = 12	OAS-M, HAMD	Diminution de l'irritabilité, de la dépression et des AM. La médication permet une diminution plus rapide

Abbreviations : AM : automutilation; BDI : Beck Depression Inventory (Beck et coll., 1961); BHS : Beck Hopelessness Scale (Beck et coll., 1974); BSL-23 : Borderline Symptom List (Bohus et coll., 2007); CSA : Coping Scale for Adults (Frydenberg et Lewis, 1997); DES : Dissociative Experiences Scales (Bemstein et Putnam, 1986); EDI-2 : Eating Disorder Inventory-2 for Children and Adolescents (Rathner et Waldherr, 1997); EG : entraînement de groupe; F : filles; N.S. : non spécifié; HAMA : Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959); HAMD : Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960); IIP-64 : Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et coll., 1988); IS : idée suicidaire; OAS-M : Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott et Williams, 1986); PAI : Personality Assessment Inventory (Morey, 1991); PANAS : Positive and Negative Affects Scales (Watson, Clark et Tellegen, 1988); SCL-90-R : Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis, 1992); SE : supervision d'équipe; SOS-10 : Schwartz Outcome Scale-10 (Blais et coll., 1999); ST : suivi téléphonique; STAI : State-Trait-Anxiety Scale (Spielberger et coll., 1983 a); STAXI : State-Trait-Anger Inventory (Spielberger, 1988); TCD : thérapie comportementale dialectique; TI : thérapie individuelle; TS : tentative de suicide; SPB : symptôme de la personnalité borderline.

<sup>4</sup> même participant que Kröger et coll. (2006); <sup>5</sup> même participant que Simpson et coll. (2004); <sup>6</sup> même participant que Bohus et coll. (2004).



**Tableau C.6**  
**Articles chez l'adulte selon les années de publications (suite)**

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (Modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
35. Prunetti, Framba, Barone, Fiore, Sera et Liotti, (2008) Italie	Adultes de 18 à 31 ans hospitalisés 100 % F	SPB avec TS et AM	19	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation des éléments thérapeutiques actifs	Adaptation de 12 semaines pour unité d'hospitalisation (TI)	Aucune	Questionnaire maison, MAS	On remarque une réponse métacognitive suite à de la validation qui, selon les auteurs appuie le modèle de Linehan
36. Stepp, Elper Jahng et Trull, (2008) États-Unis	Adultes de 16 à 61 ans en clinique externe 85 % F	Traits SPB	27	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation des éléments thérapeutiques actifs	52 semaines (TI, EG, ST, SE)	Aucune	PAI	Diminution des SPB Augmentation de l'utilisation des compétences tout au long du traitement Corrélation entre l'utilisation et la réduction des SPB
37. Harned, Chapman, Dexter-Mazza, Murray Comtois, et Linehan, (2009) États-Unis	Adultes de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS et AM	101	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement et de l'impact sur la comorbidité	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 52	Traitement par des experts de la communauté (TI, EG, ST, SE) N = 49	LIFE, SCID-I, THI	Pour la TCD, meilleure rémission pour le trouble de dépendance à une substance et plus d'abstinence
38. McMain, Links, Gram, Guimond, Cardish, Korman, et Streiner, (2009) Canada	Adultes en clinique externe avec âge moyen de 30,4 ans 86 % F	SPB avec TS et AM	180	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Comparaison de traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 90	Psychodynamique (Gunderson) (TI, SE) N = 90	PHI, ZAN-BDP, SCL-90-R, STAS-T, BDI-II, IIP-64, EQ-SD, THI	Diminution des TS, des SPB, de la déresse, de la dépression, de la colère, moins d'utilisation des services de santé, meilleur fonctionnement interpersonnel.
39. Soler, Pascual, Tiana, Cebrià, Barrachina, Campins et coll., (2009) Espagne	Adultes de 18 à 45 ans en clinique externe 85 % F	SPB	59	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Stratégie démanèlement vérifiant l'importance des groupes	Adaptation 13 semaines groupes seulement (EG) N = 29	Thérapie de groupe standard (EG) N = 30	CGI-BPD, HAM-D, HAMA, BPRS, SCL-90-R, BPAQ, BII	Diminution de l'abandon, de la dépression, de l'anxiété, des SPB Aucune diminution des TS
40. Neacsiu, Rizvi et Linehan, (2010) États-Unis	Adultes de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS ou AM ou avec abus de substances	108	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation des éléments thérapeutiques actifs	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 54	Thérapie donnée par des experts (TI, EG, ST) N = 54	DBT-WCCL, STAXI, SASII, HAM-D	Les compétences sont plus utilisées dans le groupe TCD. L'utilisation des compétences a un effet médiateur sur la diminution des TS, des AM et de la dépression

*Abréviations* : AM : automutilation; BDI-II : Beck Depression Inventory II (Beck et coll., 1996); BII : Barrat Implusivity Inventory (Barratt, 1995); BPAQ : Buss-Perry Aggression Questionnaire (Buss et Perry, 1992); BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale (Overall et Gorman, 1962); CGI-BPD : Clinical Global Impression-Borderline Personality Disorder (Pérez et coll., 2007); DBT-WCCL : DBT Ways of Coping Checklist (Neacsiu et coll., 2010 b). EG : entraînement de groupe; EQ-SD : EuroQol Thermometer (EuroQol Group, 1990); F : filles; HAMA : Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959); HAM-D : Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960); IIP-64 : Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et coll., 1988); LIFE : Longitudinal Interview Follow-up Evaluation (Keller et coll., 1987); MAS : Metacognition Assessment Scale (Semerari et coll., 2003); N.S. : non spécifié; PAI : Personality Assessment Inventory (Morey, 1991); PHI : Parasuicide History Interview (Linehan et coll., 1989); SASII : Suicide Attempt Self-Injury Interview (Linehan et coll., 2006 a); SCID-I : Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders (First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1995); SCL-90-R : Symptom checklist 90-Revised (Derogatis, 1992); SE : supervision d'équipe; ST : suivi téléphonique; STAS-T : State-trait anger scale (Spielberger et coll., 1983 b); STAXI : State-trait anger inventory (Spielberger, 1988); TCD : thérapie comportementale dialectique; TI : thérapie individuelle; THI : Treatment history interview (Linehan et Heard, 1987); TS : tentative de suicide; SPB : symptôme de la personnalité borderline; ZAN-BPD : Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (Zanarini et coll., 2003).

<sup>7</sup> même participant que Linehan et coll. (2006)



**Tableau C.7**  
**Articles chez l'adulte selon les années de publications (suite)**

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (Modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
41. Bernheim, Dudeck, Limberg, Grabe, Freyberger et Barnow, (2011) Allemagne	Adultes hospitalisés avec âge moyen de 25,8 ans 85,7 % F	SPB	30	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Comparaison de traitement	Adaptation de 22 semaines (trois cycles de TCD) sur une période de 104 semaines (EG, N.S.) N = 14	Traitement standard N = 16	TCL, BIS-11, DES, SCL-90-R, BDI-II, SVUM	Diminution de l'impulsivité, diminution de la dépression et de la dissociation
42. Andion, Ferrer, Matali, Gancedo, Calvo, Barral, Valero, Di Genova, Diener, Torralba et Casas, (2012) Espagne	Adultes de 18 à 41 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS ou AM	51	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Stratégie démanichément vérifiant l'importance des groupes	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 14	Thérapie individuelle TCD (TI, ST, SE) N = 37	Analyse de dossiers	Pas de différence au niveau des TS, des AM et des visites à l'urgence
43. Bedics, Atkins, Comtois et Linehan, (2012) <sup>7</sup> États-Unis	Adulte de 18 à 45 ans en clinique externe 100 % F	SPB avec TS ou AM	101	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation des éléments thérapeutiques actifs	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 52	Thérapie donnée par des experts (TI, EG, ST) N = 49	SASB, SASII	Augmentation du sentiment d'affiliation, meilleure capacité d'affirmation, une plus grand amour de soi, Diminution de l'autocritique
44. Feigenbaum, Fonagy, Pilling, Jones, Wildgoose et Bobbington, (2012) Royaume-Uni	Adultes de 23 à 56 ans en clinique externe 72 % F	SPB	42	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 26	Traitement standard (TI) N = 16	CORE-OM, SASII, THI, OAS-M, BDI-II, STAXI, PTSDS, DES	Diminution du danger suicidaire, de la dépression, de l'irritabilité et des symptômes en lien avec le trauma. Peu de différences avec groupe de comparaison
45. Harned, Korslund, Foa et Linehan, (2012) États-Unis	Adultes en clinique externe avec âge moyen de 39,4 ans 100 % F	SPB avec trouble de stress post-traumatique et avec TS ou AM	13	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE)	Aucune	SASII, THI, PSS-I, DES, TRGI, ESS, HAMA, HAMD	Diminution des symptômes en lien avec le trauma, des IS, de la dissociation, de l'anxiété. Amélioration de l'ajustement social
46. McMain, Guimond, Streinet, Cardish et Links, (2012) <sup>8</sup> Canada	Adultes en clinique externe avec âge moyen de 30,4 ans 86 % F	SPB avec TS et AM	180	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Comparaison de traitement (suivi)	52 semaines (TI, EG, ST, SE) N = 90	Psychodynamique (Gunderson) (TI, SE) N = 90	PHI, ZAN-BDP, SCL-90-R, STAS-T, BDI-II, IIP, EQ-5D, THI	Maintien des acquis après deux ans, pas de différence inter groupe.

Abbreviations : AM : automutilation; BDI-II : Beck Depression Inventory II (Beck et coll., 1996); BIS-11 : Échelle d'impulsivité de Barratt (Patton et coll., 1995); CORE-OM : Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Barkham et coll., 2005); ST : suivi téléphonique; DES : Dissociative Experiences Scales (Bernstein et Putnam, 1986); EQ-5D : EuroQol Thermometer (EuroQol Group, 1990); EG : entraînement de groupe; ESS : Experience of Shame Scale (Andrews, Qian et Valentine, 2002); F : filles; HAMD : Hamilton Depression Scale (Hamilton, 1960); HAMA : Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959); N.S. : non spécifié; OAS-M : Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott et Williams, 1986); PSS-I : Post Traumatic Stress Scale (Foa et coll., 1993); PTSDS : PTSD Scale (Falsetti, Resnick, Keisick et Kilpatrick, 1993); SASB : Structural Analysis of Social Behavior (Benjamin, 1983); SASII : Suicide Attempt Self-Injury Interview (Linehan et coll., 2006); SCL-90-R : Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis, 1992); SE : supervision d'équipe; STAXI : State-Trait-Anger Inventory (Spielberger, 1988); SVUM : Questionnaire sur la suicidalité : les comportements autodestructibles et la médication (Barnow et coll., 2006); TCD : thérapie comportementale dialectique; TCI : Inventaire du tempérament et du caractère (Cloninger et coll., 1993) TI : thérapie individuelle; THI : Treatment History Interview (Linehan et Heard, 1987); TS : tentative de suicide; SPB : symptôme de la personnalité borderline; TRGI : Trauma-Related Guilt Inventory (Kubany et coll., 1996); ZAN-BPD : Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (Zanarini et coll., 2003).

<sup>7</sup> même participant que Linehan et coll. (2006)  
<sup>8</sup> même participant que McMain et coll. (2009)



**Tableau C.8**  
Articles chez l'adulte selon les années de publications (suite)

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (Modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
47. Priebe, Bharti, Barnicot, Bremner, Gaglia, Katsakou, Molosankwe, McCrone et Zinkler, (2012) Royaume-Uni	Adultes en clinique externe avec âge moyen de 32,2 ans 87 % F	Troubles de la personnalité avec AM	80	Avec groupe contrôle et assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST) N = 40	Traitement standard (TI ou EG ou les deux) N = 40	Entrevue clinique, ZAN-BPD, BPR, MANSA	Une plus grande diminution des AM pour la TCD
48. van Goethem, Mulders, Muris, Arntz et Egger, (2012) Hollande	Adultes en clinique externe avec âge moyen de 45,7 ans en clinique externe 83 % F	SPB	11	Prétest/posttest sans groupe contrôle Mécanisme thérapeutique actif	52 semaines (TI, EG, ST, SE)	Aucune	UCL, BPDSI	Diminution des AM et amélioration des stratégies d'adaptation productives Aucun lien de trouver entre les AM et les stratégies d'adaptation productives Diminution des hospitalisations et de l'abandon scolaire
49. Engle, Gadischkie, Roy et Nunziato, (2013) Etats-Unis	Jeunes adultes au collégial Age N.S NS % F	SPB avec TS ou AM	150	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Modification des paramètres de traitement	Minimum de 12 semaines (TI, EG, ST, SE) groupe plus court N = 40	Traitement standard (N.S.) N = 110	Analyses de dossiers	

Abréviations : AM : automutilation; BPR : Brief Psychiatric Rating Scale (Overall et Gorham, 1962); ST : suivi téléphonique; EG : entraînement de groupe; ESS : Experience of Shame Scale (Andrews, Qian et Valentine, 2002); F : filles; MANSA : Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe et coll., 1999); N.S : non spécifié; SE : supervision d'équipe; TCD : thérapie comportementale dialectique; TI : tentative de suicide; SPB : symptôme de la personnalité borderline; UCL : Utrecht Coping List (Schreurs et coll. 1993); ZAN-BPD : Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (Zanarini et coll., 2003).

**Tableau C.9**  
Articles chez l'adolescent selon les années de publication

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (modalité)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
1. Miller, Wyman, Huppert, Glassman et Rathus (2000) États-Unis	Adolescents de 14 à 19 ans en clinique externe 85 % F	SPB, AM, IS	27	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	12 semaines (TI, EG, ST, SE, IF)	Aucune	LPI DBT-SRS	Diminution des SPB, les compétences de tolérance à la détresse et de <i>mindfulness</i> sont jugées comme les plus aidantes par les participants
2. Trupin, Stewart, Beach et Boesky (2002) États-Unis	Adolescents incarcérés avec âge moyen de 15,2 ans 100% F	Incarcération	90	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	40 semaines Modifiée pour milieu carcéral (TI, EG) N = 45	Traitement standard en milieu carcéral N = 45	Analyse de dossiers	Diminution des comportements problématiques pour le groupe TCD Diminution des actions punitives appliquées par les employés
3. Rathus et Miller (2002) États-Unis	Adolescents en clinique externe avec âge moyen de 16,1 ans et 93 % F (pour le groupe TCD); TAU=15,0 ans, 73 % F	SPB avec TS ou IS	131	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	12 semaines N = 29 (TI, EG, ST, SE, IF)	Intervention psychodynamique N = 82 (TI, IF)	Analyse de dossiers Entrevues cliniques BDI, SCL-90, LPI, K-SADS, SSI, HASS	Moins d'hospitalisations, de TS, de SPB, d'IS, d'anxiété, de dépression et d'abandons de traitement
4. Sunseri (2004) États-Unis	Adolescents de 12 à 18 ans en centre jeunesse 100 % F	TS	68	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	116 semaines (TI, EG, ST, SE)	Aucune	Analyse de dossiers	Diminution de l'abandon de traitement, des hospitalisations et de la durée des périodes de restriction physique et d'isolation
5. Katz, Cox, Gunasekara et Miller (2004) Canada	Adolescents de 14 à 17 ans hospitalisés 84 % F	TS ou IS	62	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 2 semaines N = 32 (TI, EG, SE)	Traitement standard en milieu interne N = 30	Analyse de dossiers BDI, KHS, SIQ, LPC	Diminution du nombre d'incidents agressifs lors du séjour pour la TCD Diminution des AM, de la dépression et des IS, mais pas spécifiques à la TCD
6. Nelson-Gray, Keane, Hurst, Mitchell, Warburton et Cobb (2006) États-Unis	Adolescents de 10 à 15 ans en clinique externe 15 % F	Troubles oppositionnels	32	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 16 semaines (EG)	Aucune	DISC-P, CBCL, YSR	Les parents rapportent moins de comportements oppositionnels et externalisés chez leurs adolescents. Les jeunes rapportent moins de symptômes internalisés et de dépression.

*Abréviations* : AM : automutilation; BDI : Inventaire de dépression de Beck (Beck et coll., 1961); CBCL : Child Behavior Checklist (Achenbach et Edelbrock, 1983); ST : suivi téléphonique; DBT-SRS : DBT Skills Rating Scale for Adolescents (Rathus et Miller, 1995 b); DISC-P : Diagnostic Interview Schedule for Children, Parent Version (Shaffer et coll., 2000); EG : entraînement de groupe; F : filles; HASS : Harkavy-Amis Suicide Survey (Harkavy-Friedman et Asnis, 1989); IF : inclusion de la famille; IS : idée suicidaire; KHS : Kazdin Hopelessness Scale for Children (Kazdin et coll., 1986); K-SADS : Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia, Child Version (Puig-Antich et Chambers, 1978); LPC : Lifetime Parasuicide Count (Linehan et Conतोis, 1994); LPI : Life Problems Inventory (Rathus et Miller, 1995a); SIQ : Reynolds' Suicidal Ideation Questionnaire-Jr. (Reynolds, 1987 a); SCL-90 : Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis, 1992); SE : supervision d'équipe; SSI : Scale for Suicidal Ideation (Beck et coll., 1979); TCD : thérapie comportementale dialectique; TI : thérapie individuelle; TS : tentative de suicide SPB : symptôme de la personnalité borderline; Youth Self-Report (Achenbach, 1991).



Tableau C. 10  
Articles chez l'adolescent selon les années de publication (suite)

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (Modalité)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
7. Goldstein, Axelson, Brimaber et Brent, (2007) États-Unis	Adolescents de 14 à 18 ans en clinique externe 80 % F	Trouble bipolaire	10	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 24 semaines (TI, EG, ST, SE, IF) avec 52 semaines de suivi (TI mensuelle)	Aucune	K-SADS-P CALS MSSI	Diminution des IS, de la dépression, du dysfonctionnement de la régulation des émotions. Amélioration de l'humeur et du fonctionnement interpersonnel. Diminution des épisodes d'hyperphagie et de leurs sévérités.
8. Safer, Lock et Couturier, (2007) États-Unis	Une adolescente de 16 ans en clinique externe	Hyperphagie	1	Prétest/posttest sans groupe contrôle Étude de cas Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 24 semaines (TI, ST, IF)	Aucune	EDE	Diminution des épisodes d'hyperphagie et de leurs sévérités.
9. James, Taylor, Wainmill et Alfodari, (2008) Royaume-Uni	Adolescents de 15 à 18 ans en clinique communautaire 100 % F	AM avec plus de quatre critères du trouble de la personnalité borderline	16	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST, IF)	Aucune	Entrevue clinique BDI BHS GAF	Moins de dépression, de désespoir et d'actes autodommageables. Un meilleur fonctionnement psychosocial.
10. Salbach-Andrea, Bonnekamp, Pfeiffer, Lehmkuhl et Miller, (2008) Allemagne	Adolescents de 12 à 18 ans en clinique externe 100 % F	Trouble alimentaire de type anorexique ou boulimique	12	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	Adaptation de 25 semaines (TI, EG, ST, SE, IF)	Aucune	CDI EDI-2 SCL-90-R	Diminution des comportements restrictifs, de purgation, d'hyperphagie, de la psychopathologie et amélioration de l'indice de masse corporelle.
11. Wasser, Tyler, McIlhenny, Taplin et Henderson, (2008) États-Unis	Adolescents en centre jeunesse avec âge moyen de 14,7 ans 25 % F	Recevoir des traitements en centre jeunesse	24	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Évaluation de l'ensemble du traitement	Adaptation de 17 semaines (TI, EG, IF) N = 12	Thérapie standard offerte en centre jeunesse 17 semaines (TI, EG, IF) N = 12	BPRS-C	Diminution de la dépression et une plus grande réduction de l'agitation psychomotrice
12. Woodberry et Popenoe (2008) États-Unis	Adolescents de 13 à 18 ans en clinique communautaire 89 % F	TS ou AM et deux autres critères du trouble de la personnalité borderline	46	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	Adaptation de 15 semaines (TI, EG, ST, SE, IF)	Aucune	Agenda hebdomadaire RADS, BSIS, AAS, TSCC, CBCL, BDI	Diminution de la dépression, de la colère, de la dissociation, des IS, des pensées de mutilation, des difficultés internalisées et externalisées

*Abréviations* : AAS : Adult Attachment Scale (Collins et Read, 1990); AM : automutilation; BDI : Inventaire de dépression de Beck (Beck et coll., 1961); BHS : Beck Hopelessness scale (Beck et coll., 1974); BPRS-C : Brief Psychiatric Rating Scale for Children (McIlhenny et coll., 2008); BSIS : Behavior and Symptom Identification Scale (Eisen, Dill et Grob, 1994); CALS : Childrens Affective Liability Scale (Gerson et coll., 1996); CBCL : Child behavior checklist (Achenbach et Edelbrock, 1983); CDI : Composite diagnostic interview (Witcher, 1994); EDE : Eating disorder examination (Fairburn et Cooper, 1993); EDI-2 : Eating Disorder Inventory-2 for Children and Adolescents (Rathner et Waldherr, 1997); EG : entraînement de groupe; F : filles; GAF : Global Assessment of Functioning of the DSM-IV (APA, 2000); IF : inclusion de la famille; IS : idée suicidaire; K-SADS-P : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (Kaufman et coll., 1997); MSSI : Modified Scale for Suicidal Ideation (Miller et coll., 1986); RADS : Reynolds Adolescent Depression Scale (Reynolds, 1987 b); SCL-90-R : Symptom checklist-90 Revised (Frank, 2005); SE : supervision d'équipe; ST : suivi téléphonique; TCD : thérapie comportementale dialectique; TI : thérapie individuelle; TS : tentative de suicide; TSCC : Trauma symptom Checklist for Children (Briere, 1996).

Tableau C.11  
Articles chez l'adolescent selon les années de publication (suite)

Auteurs et provenance	Participants	Critères d'inclusion	N	Devis et stratégie d'évaluation	TCD (Modalités)	Condition contrôle	Mesures	Résultats
13. McDonnell, Tarantino, Dubose, Matestic, Steinmetz, Galbreath et McCellan, (2010) États-Unis	Adolescents de 12 à 17 ans hospitalisés 58 % F	Hospitalisation	106	Avec groupe contrôle sans assignation aléatoire Stratégie de démantèlement, importance de l'intensité du traitement	52 semaines (TI, EG, SE, IF)	TCD (entraînement individuel, IF, SE) ou (entraînement individuel, EG, IF, SE)	Analyse de dossiers	Augmentation du fonctionnement global, plus grande diminution de la médication et des AM
14. Charlton et Dykstra, (2011) États-Unis	Adolescents en clinique externe Âge NS N.S. % F	Inscription à l'hôpital de jour pour besoins développementaux et comportementaux	19	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	76 semaines (TI, EG, ST, SE, IF)	Aucune	Analyse de dossiers Agenda hebdomadaire Observations du personnel	Augmentation de l'utilisation des compétences de TCD, diminution des TS et AM
15. Fleishaker, Böhm, Sixt, Brück, Schneider et Schulz, (2011) Allemagne	Adolescents de 13 à 19 ans en clinique externe 100 % F	TS ou AM et trois critères du trouble de la personnalité borderline	12	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	16 à 24 semaines (TI, EG, ST, SE, IF)	Aucune	LPC, THI, GAF, CGI, ILC, CBCL, YSR, DIKJ SCL-90-R, SCID-II	Diminution des TS et AM, des symptômes psychiatriques. Augmentation de l'ajustement psychosocial
16. James, Winnill, Anderson et Alfordari, (2011) Royaume-Uni	Adolescents de 13 à 17 ans en clinique communautaire 88 % F	AM avec cinq critères du trouble de la personnalité borderline	25	Prétest/posttest sans groupe contrôle Évaluation de l'ensemble du traitement	52 semaines (TI, EG, ST, SE)	Aucune	Entrevue clinique BDI, BHS, GAF	Diminution de la dépression, du désespoir et des AM. Augmentation du fonctionnement psychosocial
17. Shelton, Kesten, Zhang et Trestman, (2011) États-Unis	Adolescents de 16 à 19 ans incarcérés 0 % F	Garçons incarcérés avec comportements impulsifs	38	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	16 semaines (EG)	Aucune	Analyse de dossiers BPAQ, OAS-M, BPR, WCCL, PANAS	Augmentation du coping productif. Diminution de l'agression et de l'impulsivité
18. Welch et Kim, (2012) États-Unis	Une adolescente de 16 ans en clinique externe	Diagnostic de trichotillomanie	1	Prétest/posttest sans groupe contrôle Modification des paramètres de traitement	16 semaines (TI, IF)	Aucune	TSC, SCARED, DERS, MFQ	Amélioration de la régulation des émotions. Diminution de l'anxiété et de la dépression

*Abbreviations* : AM : automutilation; BDI : Beck Depression Inventory (Beck et coll., 1961); BHS : Beck Hopelessness Scale (Beck et coll., 1974); BPAQ : Buss-Perry Aggression Questionnaire (Buss et Perry, 1992); BPR : Brief Psychiatric Rating Scale (Overall et Gorham, 1962); CBCL, Child Behavior Checklist (Döpfner et coll., 1998 a); CGI : Clinical Global Impression (National Institute of Mental Health, 1976); ST : suivi téléphonique; DERS : Difficulty in Emotion Regulation Scale (Graz et Romer, 2004); DIKJ : Depression Inventory for Children and Adolescents (Steinmeier-Pelster et coll., 2000); EG : entraînement de groupe; F : filles; GAF : Global Assessment Scale of Functioning (Saß et coll., 2003); IF : inclusion de la famille; ILC : Inventory of Life Quality in Children and Adolescents (Mattejat et coll., 1998); MFQ : Moods and Feelings Questionnaire (Costello et Angold, 1988); N.S. : non spécifié; LPC : Lifetime Parasuicide Count (Linehan et Comtois, 1994); OAS-M : Overt Aggression Scale-Modified (Coccaro et coll., 1991); PANAS : Positive and Negative Affect Scales (Watson, Clark, et Tellegen, 1988); SCARED : Screen for Child Anxiety Related Disorders (Muris et coll., 2007); SCID-II : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (First et coll., 1996); SCL-90-R : Symptom-Checklist-90-Revised (Frank, 1995); SE : supervision d'équipe; TCD : thérapie comportementale dialectique; TI : thérapie individuelle; TS : Trichotillomania Scale for Children (Tolin et coll., 2008); THI : Treatment History Interview (Linehan et Heard, 1987); TS : tentative de suicide; WCCL : Ways of Coping Checklist (Folkman et Lazarus, 1988); YSR : Youth-Self-Report (Döpfner et coll., 1998 b).

**APPENDICE D**  
**GRILLES D'INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE ET DU PROGRAMME**



GRILLE I  
INTÉGRITÉ DU PROGRAMME (TCD)  
- RESPECT DES MODALITÉS DU PROGRAMME -

---

Consigne : Faire un X sur les composantes offertes

- ☐ Thérapie individuelle
  - ☐ Présence d'une phase d'engagement
  - ☐ Thérapie offerte toutes les semaines durant les groupes
  - ☐ Suivi offert après les groupes (ou après la fin des groupes?)
  - ☐ Rencontre avec l'adolescent et le parent pour adresser des difficultés familiales
- ☐ Groupe d'entraînement aux compétences
  - ☐ Deux animateurs sont présents lors des groupes
  - ☐ Les groupes sont centrés sur l'enseignement des compétences
  - ☐ Un deuxième groupe de compétence est offert aux participants qui le désirent
  - ☐ Présence des parents lors des rencontres de groupes
- ☐ Suivi téléphonique offert
  - ☐ Jour
  - ☐ Soir
  - ☐ Nuit
- ☐ Réunion de consultation hebdomadaire pour l'équipe traitante
  - ☐ Tous les membres de l'équipe TCD assistent aux rencontres
  - ☐ Des discussions sur les suivis problématiques sont faites
  - ☐ Les membres se conseillent mutuellement pour améliorer leurs interventions
- ☐ Gestion de cas
  - ☐ Les écoles ou les centres jeunesse peuvent être contactés
  - ☐ Des discussions avec le psychiatre traitant sont faites
  - ☐ Des discussions avec les parents peuvent être faites

**Décision finale** Nombre de conditions respectées / 17 X 100 = \_\_\_\_

GRILLE II  
INTÉGRITÉ PROTOCOLE GÉNÉRAL D'ÉVALUATION (TCD)  
- RESPECT DU PROTOCOLE GÉNÉRAL D'ÉVALUATION -

---

Consigne : Faire un X sur les composantes respectées

# Participant : \_\_\_\_\_

- ☐ Réalisation du contact initial avant le début du programme TCD
- ☐ Passation du prétest avant le début du programme TCD
- ☐ Le thérapeute individuel complète la grille V qui évalue l'intégrité de la thérapie individuelle pendant 20 rencontres. Si le nombre de grilles remplies est incomplet, calculer la proportion de grilles remplies : \_\_\_\_/20
- ☐ Passation du posttest dans les deux semaines après la fin du groupe d'entraînement

# Participant : \_\_\_\_\_

- ☐ Réalisation du contact initial avant le début du programme TCD
- ☐ Passation du prétest avant le début du programme TCD
- ☐ Le thérapeute individuel complète la grille V qui évalue l'intégrité de la thérapie individuelle pendant 20 rencontres. Si le nombre de grilles remplies est incomplet, calculer la proportion de grilles remplies : \_\_\_\_/20
- ☐ Passation du posttest dans les deux semaines après la fin du groupe d'entraînement

# Participant : \_\_\_\_\_

- ☐ Réalisation du contact initial avant le début du programme TCD
- ☐ Passation du prétest avant le début du programme TCD
- ☐ Le thérapeute individuel complète la grille V qui évalue l'intégrité de la thérapie individuelle pendant 20 rencontres. Si le nombre de grilles remplies est incomplet, calculer la proportion de grilles remplies : \_\_\_\_/20
- ☐ Passation du posttest dans les deux semaines après la fin du groupe d'entraînement

# Participant : \_\_\_\_\_

- ☐ Réalisation du contact initial avant le début du programme TCD
- ☐ Passation du prétest avant le début du programme TCD
- ☐ Le thérapeute individuel complète la grille V qui évalue l'intégrité de la thérapie individuelle pendant 20 rencontres. Si le nombre de grilles remplies est incomplet, calculer la proportion de grilles remplies : \_\_\_\_/20
- ☐ Passation du posttest dans les deux semaines après la fin du groupe d'entraînement

# Participant : \_\_\_\_\_

- ☐ Réalisation du contact initial avant le début du programme TCD
- ☐ Passation du prétest avant le début du programme TCD
- ☐ Le thérapeute individuel complète la grille V qui évalue l'intégrité de la thérapie individuelle pendant 20 rencontres. Si le nombre de grilles remplies est incomplet, calculer la proportion de grilles remplies : \_\_\_\_/20
- ☐ Passation du posttest dans les deux semaines après la fin du groupe d'entraînement

# Participant : \_\_\_\_\_

- ☐ Réalisation du contact initial avant le début du programme TCD
- ☐ Passation du prétest avant le début du programme TCD
- ☐ Le thérapeute individuel complète la grille V qui évalue l'intégrité de la thérapie individuelle pendant 20 rencontres. Si le nombre de grilles remplies est incomplet, calculer la proportion de grilles remplies : \_\_\_\_/20
- ☐ Passation du posttest dans les deux semaines après la fin du groupe d'entraînement

### Décision finale

Nombre d'étapes respectées / 24 X 100 =

GRILLE III  
INTÉGRITÉ DU PROTOCOLE D'INTERVENTION (TCD)  
- RESPECT DU PROTOCOLE GÉNÉRAL D'INTERVENTION -

---

Consigne : Faire un X sur les composantes respectées

- ☐ Contrat thérapeutique qui explique les règles de fonctionnement et les responsabilités du participant
- ☐ Contrat thérapeutique entre les thérapeutes qui détaillent la philosophie de travail et les engagements qu'ils prennent entre eux lors des réunions de supervision
- ☐ Listes des postulats de la TCD que les thérapeutes et les participants s'engagent à respecter
- ☐ Protocole à suivre lors du soutien téléphonique
- ☐ Protocole à suivre lors d'une situation de crise pendant un groupe d'entraînement aux compétences
- ☐ Protocole pour l'établissement d'un plan de sécurité lors d'une crise suicidaire
- ☐ Protocole pour l'hospitalisation

**Décision finale**

Nombre de protocoles et contrats créés / 7 X 100 = \_\_\_\_

GRILLE IV  
INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE POUR LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE (TCD)  
- RESPECT DU CONTENU DES RENCONTRES INDIVIDUELLES -

---

Consigne : Faire un X sur les composantes respectées

**A. Contenu à aborder**

*Stratégies de changement*

- ☐ Agenda hebdomadaire
- ☐ Présentation du programme et des attentes du thérapeute envers le patient
- ☐ Stratégie d'engagement
- ☐ Insight (reconnaissance des patrons comportementaux)
- ☐ Didactique
- ☐ Analyse en chaîne
- ☐ Analyse des solutions
- ☐ Anticipation des difficultés pour la mise en place de la solution
- ☐ Clarification des contingences
- ☐ Établissement de contingences
- ☐ Enseignement des compétences
- ☐ Procédure d'exposition
- ☐ Restructuration cognitive

*Stratégies de validation*

- ☐ Écouter et observer (V1)
- ☐ Reflet juste (V2)
- ☐ Mettre en mot ce qui n'est pas dit (V3)
- ☐ Valider en fonction de l'histoire (V4)
- ☐ Valider en fonction de la situation présente (V5)
- ☐ Authenticité radicale (V6)



*Stratégies dialectiques*

- ☐ Entrer dans le paradoxe
- ☐ Métaphore
- ☐ Rappel de la notion de la constance du changement
- ☐ Appel à l'esprit sage
- ☐ Faire de la limonade avec les citrons
- ☐ Extension
- ☐ Jouer à l'avocat du diable
- ☐ Évaluation et résolution dialectique
- ☐ Garder le patient dans une position d'inconfort avec le mouvement, la vitesse et le flot des interventions.

*Attitudes communicationnelles*

- ☐ Discuter ouvertement des comportements dysfonctionnels
- ☐ Interagir chaleureusement avec le patient lors de la rencontre
- ☐ Cibler directement les comportements dysfonctionnels en soulignant les contradictions
- ☐ Faire preuve de non jugement envers le patient
- ☐ Attitude irrévérencieuse et non orthodoxe
- ☐ Dévoilement de soi

*Cibles thérapeutiques travaillées*

- ☐ Comportements qui menacent la vie
- ☐ Comportements qui menacent la thérapie
- ☐ Comportements qui interfèrent avec la qualité de la vie
- ☐ Compétence apparente
- ☐ Auto-invalidation
- ☐ Inhibition de l'expérientiel émotionnel
- ☐ Passivité active
- ☐ Escalade des difficultés de régulation des émotions

*Gestion de cas*

- ☐ Conseils donnés au patient dans l'interaction avec son milieu
- ☐ Intervention dans l'environnement

Pour plus de renseignements sur les composantes de cette grille, consulter le Linehan (1993)

## B. Contenu à éviter

Stratégies	Indiquer le temps passé sur la stratégie
Bavardage non productif	
Intervention générale manquant de spécificité	
Réaction hostile de la part du thérapeute	
Interaction non éthique	
Intervention non professionnelle	
Autres stratégies à proscrire (décrire)	

## Décision quant à l'intégrité du traitement

Critères respectés à \_\_\_\_\_ % (Items à inclure – items à proscrire) / Items à inclure X 100

Date : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_

**Notes :**

- Bavardage non productif : Toute discussion n'ayant pas de but thérapeutique clair qui monopolise le temps de rencontre et qui pourrait avoir comme fonction d'éviter une intervention qui cible les comportements problématiques du patient
- Intervention générale manquant de spécificité : Toute intervention qui ne cible pas clairement une des cibles de la hiérarchie de traitement de la TCD.
- Réaction hostile de la part du thérapeute : Toute réaction directe ou indirecte à caractère défensif et hostile qui peut être considérée comme un comportement interférant avec la thérapie.
- Interaction non éthique : Toute interaction avec le patient qui enfreint le code d'éthique de l'ordre professionnel du thérapeute.
- Intervention non professionnelle : Toute intervention qui manque de professionnalisme ou qui enfreint les règles de fonctionnement de l'établissement où le traitement est offert.

GRILLE V  
INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE POUR LES GROUPES D'ENTRAÎNEMENT  
AUX COMPÉTENCES (TCD)  
- RESPECT DU CONTENU DES RENCONTRES DE GROUPE -

---

Consigne : Faire un X sur les composantes respectées

**A. Contenu à aborder**

Module de *mindfulness*

- ☐ Présentation de l'importance des compétences de *mindfulness*
- ☐ Présentation des objectifs du module
- ☐ Présentation des trois états d'esprit
- ☐ Présentation des compétences du quoi
- ☐ Présentation des compétences de comment

Module de régulation des émotions

- ☐ Présentation de l'importance des compétences de régulation des émotions
- ☐ Présentation des objectifs du module
- ☐ Introduction aux différentes émotions
- ☐ Présentation de la fonction des émotions
- ☐ Présentation du modèle pour décrire les émotions
- ☐ Présentation des compétences de PLEASE
- ☐ Présentation de la compétence « activités plaisantes »
- ☐ Présentation de la compétence « bâtir son sentiment de maîtrise »
- ☐ Présentation de la compétence « composer avec prévoyance »
- ☐ Présentation de la compétence de l'action opposée
- ☐ Présentation de la compétence « être présent à son émotion »

### Module d'efficacité interpersonnelle

- ☐ Présentation de l'importance des compétences d'efficacité interpersonnelle
- ☐ Présentation des objectifs du module
- ☐ Présentation des obstacles à l'efficacité interpersonnelle
- ☐ Présentation des facteurs à considérer pour faire une demande
- ☐ Présentation des compétences de DEARMAN ou de DEFACON
- ☐ Présentation des compétences de GIVE
- ☐ Présentation des compétences de FAST
- ☐ Explication sur l'importance de décider où placer l'efficacité

### Module de tolérance à la détresse

- ☐ Présentation de l'importance des compétences de la tolérance à la détresse
- ☐ Présentation des objectifs du module
- ☐ Présentation des compétences « se distraire avec ACCEPTE »
- ☐ Présentation de la compétence « évaluer les pour et les contre »
- ☐ Présentation des compétences « améliorer le moment avec IMPROVE »
- ☐ Présentation de la compétence « s'apaiser avec les cinq sens »
- ☐ Présentation des principes de base de l'acceptation radicale
- ☐ Présentation de la compétence du demi-sourire
- ☐ Présentation de la compétence « garder mon esprit ouvert »
- ☐ Présentation de la compétence « revenir sur l'acceptation »

### Module de marcher dans la voie du milieu

- ☐ Présentation de l'importance des compétences de la tolérance à la détresse
- ☐ Présentation des objectifs du module
- ☐ Présentation de la compétence « valide-toi et valide l'autre »
- ☐ Présentation de la compétence « pense et agis dialectiquement »
- ☐ Présentation des principes de base des lois de l'apprentissage
- ☐ Présentation des dilemmes dialectiques parents-adolescents

**Décision finale** Nombre d'éléments respectés / 40 X 100 = \_\_\_\_



## B. Contenu à éviter

Stratégies	Indiquer le temps passé sur la stratégie
Exercice de relaxation ou méditation employé pour pratiquer la <i>mindfulness</i>	
Intervention en groupe basée sur une interprétation psychodynamique	
Intervention propre à un groupe de soutien (retour sur les éléments marquant de la semaine)	
Intervention visant une crise suicidaire en groupe	
Accent mis sur les comportements interférant avec le groupe	
Croissance personnelle	
Intervention ciblant explicitement des conduites suicidaires, de la mutilation, de la consommation de drogues ou des comportements de délinquance	
Autres stratégies à proscrire (décrire)	

### Décision finale

Critères respectés à \_\_\_\_\_ % **Décision quant à l'intégrité du traitement**

Critères respectés à \_\_\_\_\_ % (Items à inclure – items à proscrire) / Items à inclure X 100

Date : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_

## Notes :

- Exercice de relaxation ou de méditation : tous exercices de relaxation (relaxation musculaire progressive, respiration abdominale) et tous exercices de méditation ayant une composante de visualisation. Les seules exceptions sont les visualisations décrites dans le manuel de base, comme poser une question à l'esprit sage et l'escalier de l'esprit sage (Linehan, 1993 b).
- Interprétation psychodynamique : toute intervention visant à faire un lien avec des processus inconscients.
- Intervention propre à un groupe de soutien : comme un retour sur les éléments marquant de la semaine, toute discussion sur des sujets qui ne sont pas en lien avec l'entraînement aux compétences.
- Intervention visant une crise suicidaire en groupe : toute intervention faite en groupe pour composer avec une crise suicidaire.
- Accent mis sur les comportements interférant avec le groupe : toute intervention prolongée sur un membre du groupe qui manifeste des comportements de non-participation, de non-collaboration ou d'inattention durant les rencontres en groupe.
- Croissance personnelle : interventions basées sur des modèles non reconnus en psychologie et abordant des problématiques telles que le potentiel, l'identité, les talents, la qualité de vie, la connaissance de soi, etc.
- Intervention ciblant explicitement les tentatives de suicide, la mutilation, la consommation de drogues, les comportements alimentaires dysfonctionnels ou les comportements de délinquance.

GRILLE VI  
 INTENSITÉ DU TRAITEMENT (TCD)  
 - NOMBRE DE RENCONTRES INDIVIDUELLES ET DE GROUPE -

---

Consigne : Indiquer le nombre de rencontres que le participant a reçu en individuel et en groupe

*Intensité du programme de TCD*

# Participant : \_\_\_\_\_

Thérapie individuelle : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

Groupe d'entraînement aux compétences : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

# Participant : \_\_\_\_\_

Thérapie individuelle : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

Groupe d'entraînement aux compétences : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

# Participant : \_\_\_\_\_

Thérapie individuelle : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

Groupe d'entraînement aux compétences : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

# Participant : \_\_\_\_\_

Thérapie individuelle : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

Groupe d'entraînement aux compétences : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

# Participant : \_\_\_\_\_

Thérapie individuelle : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

Groupe d'entraînement aux compétences : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

# Participant : \_\_\_\_\_

Thérapie individuelle : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

Groupe d'entraînement aux compétences : \_\_\_\_ / 20 = \_\_\_\_

**Décision finale**

(Somme des scores pour thérapie individuelle/ nombre de participants) X 100 = \_\_\_\_\_

(Somme des scores pour groupe d'entraînement/ nombre de participants) X 100 = \_\_\_\_\_

**APPENDICE E**  
**APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT**  
**DE PSYCHOLOGIE DE L'UQAM**

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL**
**Comité départemental d'éthique**
Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique du département de psychologie, mandaté à cette fin par l'Université du Québec à Montréal, a examiné le protocole de recherche suivant:

Étudiant : Alain Janelle

Directeur : Réal Labelle

Département : Psychologie

Titre : *Traduction française et validation de questionnaires cliniques auprès d'étudiants universitaires*


Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond entièrement aux normes établies par la "Politique institutionnelle de déontologie" de l'UQAM.

Le projet est jugé recevable sur le plan éthique

Membres du Comité:

NOM	POSTE OCCUPÉ	DÉPARTEMENT
Mara Brendgen	Professeure	Psychologie
Véronique Lussier	Professeure	Psychologie
Catherine Amiot	Professeure	Psychologie
Maryvonne Merri	Professeure	Psychologie

11 février 2011  
Date

  
Mara Brendgen  
Présidente du comité départemental



**APPENDICE F**  
**GRILLE D'ANALYSE DE L'INFORMATION**  
**CONTENUE AU DOSSIER MÉDICAL**

## GRILLE D'ANALYSE DU DOSSIER MÉDICAL

Numéro de participant :		Date :	Noms de l'évaluateur :
Lieu de naissance :		Type de famille :	
Date de naissance :		Nombre d'enfants dans la famille :	
Âge		Rang dans la famille :	
Sexe :		Ethnicité :	
Âge lors de la première consultation psychiatrique :		Langue parlée à la maison :	
Âge lors de la dernière consultation psychiatrique :			
<b>Variables de sélection</b>			
Diagnostic			
Comportements autodestructeurs			
Symptômes de la personnalité borderline selon le DSM-5			
<b>Histoire développementale</b>			
Enfance			
Scolarisation			
Apparition des difficultés et historique des comportements autodestructeurs			
Évènements de vie stressants			
Histoire psychiatrique familiale			
Habitude de consommation			
Médication et problèmes de santé			
<b>Évènements marquants durant la thérapie</b>			
Évènements de vie durant thérapie			

**APPENDICE G**  
**QUESTIONNAIRES DES DEUX ÉTUDES**

## BSL-23

S'il te plaît, suis les instructions suivantes en répondant au questionnaire. Dans le tableau ci-dessous, tu trouveras une série de difficultés et de problèmes qui s'appliquent possiblement à toi. Lis bien chaque énoncé et indique à quel point tu as souffert de chaque problème au cours de la **DERNIÈRE SEMAINE**. Si tu ne ressens rien du tout en ce moment, réponds comme tu *penses que tu te serais senti*. N'indique pas la réponse qui pourrait faire la meilleure impression, mais réponds plutôt celle qui te concerne personnellement. **Les questions se rapportent à l'ensemble du déroulement de la semaine dernière. S'il te plaît, assure-toi de répondre à chaque question.**

Au cours de la dernière semaine...		Pas du tout	Un peu	Plutôt	Beaucoup	Très fortement
1.	C'était difficile pour moi de me concentrer.	0	1	2	3	4
2.	Je me sentais sans défense.	0	1	2	3	4
3.	J'étais très distrait(e) et incapable de me rappeler ce que je faisais exactement.	0	1	2	3	4
4.	Je ressentais du dégoût.	0	1	2	3	4
5.	Je pensais à me faire mal.	0	1	2	3	4
6.	Je ne faisais pas confiance aux autres.	0	1	2	3	4
7.	Je croyais que je n'avais pas le droit de vivre.	0	1	2	3	4
8.	Je me sentais seul(e).	0	1	2	3	4
9.	Je vivais une tension intérieure stressante.	0	1	2	3	4
10.	J'avais des images mentales qui m'effrayaient beaucoup.	0	1	2	3	4
11.	Je me détestais.	0	1	2	3	4
12.	J'avais envie de me punir.	0	1	2	3	4
13.	J'ai eu honte que les autres me voient tel que je suis.	0	1	2	3	4
14.	Mon humeur variait rapidement entre de la peur, de la colère et de la dépression.	0	1	2	3	4
15.	J'ai été dérangé(e) par des voix et des bruits qui provenaient de l'intérieur ou de l'extérieur de moi.	0	1	2	3	4
16.	La critique avait sur moi un effet dévastateur.	0	1	2	3	4
17.	Je me sentais légèrement vulnérable.	0	1	2	3	4
18.	L'idée de la mort exerçait sur moi une certaine fascination.	0	1	2	3	4
19.	Tout me paraissait n'avoir aucun sens.	0	1	2	3	4
20.	J'ai eu peur de perdre le contrôle.	0	1	2	3	4
21.	Je me sentais dégoûté(e) de moi-même.	0	1	2	3	4
22.	Je me sentais comme si j'étais loin de moi-même.	0	1	2	3	4
23.	Je me sentais sans valeur.	0	1	2	3	4

### BSL-23. Questions supplémentaires

Nous aimerions aussi te poser quelques questions sur des comportements en particulier. S'il te plaît, indique pour chaque énoncé, la fréquence de ces différents comportements pendant la **DERNIÈRE SEMAINE**.

Au cours de la dernière semaine...		Jamais	Une fois	2 fois	4-6 fois	7 fois et plus
1.	Je me suis fait mal en me coupant, me brûlant, m'étranglant, etc.	0	1	2	3	4
2.	J'ai dit à d'autres personnes que j'allais me tuer.	0	1	2	3	4
3.	J'ai essayé de me suicider.	0	1	2	3	4
4.	J'ai eu des épisodes où j'avais une rage de manger, de m'empiffrer.	0	1	2	3	4
5.	Je me suis forcé (e) à vomir.	0	1	2	3	4
6.	J'ai commis des comportements en sachant qu'ils étaient très risqués comme conduire trop vite, courir sur les toits de bâtiments élevés, etc.	0	1	2	3	4
7.	Je me suis saoulé (e).	0	1	2	3	4
8.	J'ai consommé des drogues.	0	1	2	3	4
9.	J'ai pris des médicaments qui n'étaient pas prescrits ou, s'ils l'étaient, j'en ai pris plus que la dose prescrite.	0	1	2	3	4
10.	J'ai éclaté de colère de façon incontrôlable ou j'ai physiquement attaqué d'autres personnes.	0	1	2	3	4
11.	J'ai eu des contacts sexuels que je regrettais par la suite.	0	1	2	3	4



## DBT-WCCL

Les phrases ci-dessous représentent des façons que tu as pu utiliser pour surmonter des événements stressants de ta vie. Nous désirons savoir à quel degré tu as eu recours aux pensées ou aux comportements suivants pour résoudre les problèmes et surmonter le stress.

Repense à ta vie au cours **DU DERNIER MOIS**. Ensuite, encercle le chiffre qui indique si cette pensée ou ce comportement est : (0) jamais utilisé(e), (1) rarement utilisé(e), (2) parfois utilisé(e) ou (3) régulièrement utilisé(e) (c'est-à-dire au moins quatre ou cinq fois par semaine). Ne réponds pas à ces énoncés en évaluant si cette méthode semble fonctionner pour réduire le stress ou résoudre les problèmes – indique seulement si tu utilises ou non cette stratégie d'adaptation. Utilise les choix de réponse suivants. Essaie d'évaluer chaque énoncé séparément des autres. Donne des réponses qui sont le plus possible vraies POUR TOI.

	0	1	2	3
	Jamais utilisé(e)	Rarement utilisé(e)	Parfois utilisé(e)	Régulièrement utilisé(e)
1. J'ai négocié ou fait un compromis afin de tirer quelque chose de positif d'une situation.	0	1	2	3
2. Je me suis souvenu(e) de ce qui me rend heureux (se) dans ma vie.	0	1	2	3
3. Je me suis blâmé(e).	0	1	2	3
4. Je me suis concentré(e) sur quelque chose de bon qui pourrait ressortir de la situation.	0	1	2	3
5. J'ai gardé mes sentiments pour moi.	0	1	2	3
6. Je me suis assuré(e) de répondre de façon à ne pas repousser les autres.	0	1	2	3
7. J'ai trouvé qui blâmer.	0	1	2	3
8. J'ai espéré qu'un miracle survienne.	0	1	2	3
9. J'ai essayé de me centrer avant d'agir.	0	1	2	3
10. J'ai parlé à quelqu'un de la manière dont je me sentais.	0	1	2	3
11. Je suis resté(e) sur mes positions et j'ai tout fait pour avoir ce que je voulais.	0	1	2	3
12. J'ai refusé de croire ce qui s'était passé.	0	1	2	3
13. Je me suis gâté(e) avec quelque chose de vraiment savoureux.	0	1	2	3
14. Je me suis critiqué(e) ou réprimandé(e).	0	1	2	3
15. Je me suis défoulé(e) sur les autres.	0	1	2	3
16. J'ai trouvé différentes solutions à mon problème.	0	1	2	3
17. J'ai souhaité être une personne plus forte – plus optimiste et énergique.	0	1	2	3
18. J'ai accepté mes sentiments intenses, mais sans les laisser trop interférer avec les autres choses.	0	1	2	3
19. Je me suis concentré(e) sur les bons aspects de ma vie.	0	1	2	3
20. J'ai souhaité pouvoir changer comment je me sentais.	0	1	2	3
21. J'ai trouvé quelque chose de beau à regarder afin de me sentir mieux.	0	1	2	3
22. J'ai changé quelque chose en moi afin que je puisse mieux m'ajuster à la situation.	0	1	2	3
23. Je me suis concentré(e) sur les points positifs de ma vie et j'ai donné moins d'attention à mes pensées ou sentiments négatifs.	0	1	2	3
24. Je me suis fâché(e) contre les gens ou les situations qui ont causé le problème.	0	1	2	3
25. Je me suis senti(e) mal de ne pas pouvoir éviter le problème.	0	1	2	3

	0	1	2	3
	<b>Jamais utilisé(e)</b>	<b>Rarement utilisé(e)</b>	<b>Parfois utilisé(e)</b>	<b>Régulièrement utilisé(e)</b>
26.	J'ai essayé de me distraire en étant actif (ve).			0 1 2 3
27.	J'ai pris conscience de ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts afin que les choses fonctionnent.			0 1 2 3
28.	J'ai pensé que les autres étaient injustes envers moi.			0 1 2 3
29.	J'ai pris soin de moi en m'entourant d'une bonne odeur.			0 1 2 3
30.	J'ai blâmé les autres.			0 1 2 3
31.	J'ai écouté ou joué de la musique que je trouvais relaxante.			0 1 2 3
32.	J'ai continué comme si rien ne s'était passé.			0 1 2 3
33.	J'ai accepté la meilleure solution de rechange à ce que je voulais.			0 1 2 3
34.	Je me suis dit que les choses pourraient être pires.			0 1 2 3
35.	Je me suis occupé(e) l'esprit avec autre chose.			0 1 2 3
36.	J'ai parlé à une personne qui pouvait apporter une solution concrète pour régler le problème.			0 1 2 3
37.	J'ai tenté de me sentir mieux en mangeant, en buvant, en fumant, en prenant des médicaments, etc.			0 1 2 3
38.	J'ai tenté de ne pas agir trop vite ni de suivre mes pressentiments.			0 1 2 3
39.	J'ai changé quelque chose afin que les choses se passent bien.			0 1 2 3
40.	Je me suis fait plaisir avec quelque chose de doux au toucher (par ex. : un bain moussant ou un câlin).			0 1 2 3
41.	J'ai évité les gens.			0 1 2 3
42.	J'ai pensé que j'étais meilleur(e) que les autres.			0 1 2 3
43.	J'ai pris les choses une à la fois.			0 1 2 3
44.	J'ai fait quelque chose afin de ressentir une émotion complètement différente (comme aller voir une comédie).			0 1 2 3
45.	J'ai souhaité que la situation disparaisse ou qu'elle cesse, d'une manière ou d'une autre.			0 1 2 3
46.	J'ai empêché les autres de savoir à quel point les choses allaient mal.			0 1 2 3
47.	J'ai concentré mon énergie à aider les autres.			0 1 2 3
48.	J'ai trouvé quelle autre personne était responsable.			0 1 2 3
49.	Je me suis assuré(e) de prendre soin de mon corps et de rester en santé afin de me sentir moins émotif(ve).			0 1 2 3
50.	Je me suis rappelé(e) tout ce que j'avais déjà accompli.			0 1 2 3
51.	Je me suis assuré(e) de répondre aux demandes des autres de façon à continuer à me respecter par la suite.			0 1 2 3
52.	J'ai souhaité pouvoir changer ce qui était arrivé.			0 1 2 3
53.	J'ai fait un plan d'action et l'ai suivi.			0 1 2 3
54.	J'ai parlé à quelqu'un afin de m'informer de la situation.			0 1 2 3
55.	J'ai évité mon problème.			0 1 2 3
56.	J'ai pris du recul et essayé de voir les choses comme elles sont réellement.			0 1 2 3
57.	Je me suis comparé(e) à des gens moins chanceux que moi.			0 1 2 3
58.	J'ai augmenté le nombre de choses plaisantes dans ma vie afin d'en avoir une vision plus positive.			0 1 2 3
59.	J'ai essayé me de laisser des portes ouvertes dans mes relations plutôt que de couper les ponts pour de bon.			0 1 2 3

## FFMQ

S'il te plaît, cote chacun des énoncés suivants selon l'échelle ci-dessous. Inscris sur la ligne le chiffre qui décrit le mieux ta propre opinion de ce qui est **ACTUELLEMENT** vrai pour toi.

1	2	3	4	5
Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Quelque fois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai

- \_\_\_\_\_ 1. Quand je marche, j'observe délibérément les sensations de mon corps en mouvement.
- \_\_\_\_\_ 2. Je suis bon(ne) à trouver les mots pour décrire mes sentiments.
- \_\_\_\_\_ 3. Je me critique d'avoir des émotions bizarres.
- \_\_\_\_\_ 4. Je perçois mes sentiments et mes émotions sans avoir à y réagir.
- \_\_\_\_\_ 5. Quand je fais des choses, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).
- \_\_\_\_\_ 6. Quand je prends une douche ou un bain, je demeure attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.
- \_\_\_\_\_ 7. Je peux facilement mettre en mots mes croyances, opinions et attentes.
- \_\_\_\_\_ 8. Je ne porte pas attention à ce que je fais parce que je rêve, m'inquiète, ou encore je suis distrait(e).
- \_\_\_\_\_ 9. Je remarque mes sentiments sans me perdre dans ce que je ressens.
- \_\_\_\_\_ 10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir ce que je ressens.
- \_\_\_\_\_ 11. J'observe comment les aliments et les boissons influencent mes pensées, sensations corporelles et émotions.
- \_\_\_\_\_ 12. C'est difficile pour moi de trouver les mots pour décrire ce que je pense.
- \_\_\_\_\_ 13. Je suis facilement distrait(e).
- \_\_\_\_\_ 14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette façon.
- \_\_\_\_\_ 15. Je porte attention aux sensations comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.
- \_\_\_\_\_ 16. J'ai de la difficulté à penser aux mots justes qui décrivent comment je me sens au sujet des choses.
- \_\_\_\_\_ 17. Je juge si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.
- \_\_\_\_\_ 18. Je trouve difficile de rester centré(e) sur ce qui se passe dans l'instant présent.
- \_\_\_\_\_ 19. Quand j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et j'en suis conscient(e) sans être envahi(e) par elles.

1	2	3	4	5
Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Quelque fois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai

- \_\_\_\_\_ 20. Je porte attention aux sons, comme le tic-tac des horloges, le gazouillis des oiseaux ou les autos qui passent.
- \_\_\_\_\_ 21. Dans les situations difficiles, je peux m'arrêter sans réagir immédiatement.
- \_\_\_\_\_ 22. Quand j'ai une sensation dans mon corps, c'est difficile pour moi de la décrire parce que je ne peux pas trouver les mots justes.
- \_\_\_\_\_ 23. Il semble que je suis sur « le pilote automatique » sans être très conscient(e) de ce que je fais.
- \_\_\_\_\_ 24. Quand j'ai des pensées ou des images pénibles, je me sens calme peu après.
- \_\_\_\_\_ 25. Je me dis que je ne devrais pas penser comme je pense.
- \_\_\_\_\_ 26. Je remarque les odeurs et arômes des choses.
- \_\_\_\_\_ 27. Même si je me sens terriblement bouleversé(e), je peux trouver une façon de l'exprimer avec des mots.
- \_\_\_\_\_ 28. Je me précipite dans les activités sans y être vraiment attentif(ve).
- \_\_\_\_\_ 29. Quand j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de les observer sans réagir.
- \_\_\_\_\_ 30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.
- \_\_\_\_\_ 31. Je remarque les éléments visuels dans l'art ou la nature comme les couleurs, les formes, les textures ou les jeux d'ombres et de lumière.
- \_\_\_\_\_ 32. Mon penchant naturel est d'exprimer mes expériences en mots.
- \_\_\_\_\_ 33. Quand j'ai des pensées ou des images qui me perturbent, je ne fais que les remarquer simplement et les laisse aller.
- \_\_\_\_\_ 34. Je fais mes travaux ou mes tâches automatiquement sans être conscient de ce que je suis en train de faire.
- \_\_\_\_\_ 35. Quand j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge comme bon(ne) ou mauvais(e), tout dépendant du contenu de la pensée ou de l'image.
- \_\_\_\_\_ 36. Je porte attention à la façon dont mes émotions influencent mes pensées et mon comportement.
- \_\_\_\_\_ 37. Je peux habituellement décrire de façon détaillée comment je me sens dans l'instant présent.
- \_\_\_\_\_ 38. Je me retrouve à faire des choses sans y porter attention.
- \_\_\_\_\_ 39. Je me désapprouve quand j'ai des idées irrationnelles.



## DTS

Pense aux fois où tu te sens en détresse ou bouleversé(e). Encerle le chiffre qui correspond le mieux à ce sentiment de détresse ou de bouleversement. S'il te plaît, répond en considérant tes sentiments de détresse « en général », c'est-à-dire dans **LES DERNIÈRES SEMAINES**.

Traduit et validé par Janelle, Bibaud-De Serres, Labelle, Mbekou, Renaud et Breton (2011) de Baer et coll. (2006)

Fortement en accord	Modérément en accord	À la fois en accord et en désaccord	Modérément en désaccord	Fortement en désaccord	
1	2	3	4	5	1. Me sentir en détresse ou bouleversé(e) est insupportable pour moi.
1	2	3	4	5	2. Quand je me sens en détresse ou bouleversé(e), tout ce que je peux penser est à quel point je me sens mal.
1	2	3	4	5	3. Je ne peux supporter de me sentir en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	4. Mes sentiments de détresse sont si intenses qu'ils m'envahissent complètement.
1	2	3	4	5	5. Il n'y a rien de pire que de se sentir en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	6. Je peux tolérer d'être en détresse ou bouleversé(e) aussi bien que la plupart des gens.
1	2	3	4	5	7. Mes sentiments d'être en détresse ou bouleversé(e) ne sont pas acceptables.
1	2	3	4	5	8. Je ferais tout pour éviter de me sentir en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	9. Les autres semblent être plus capables que moi de tolérer le sentiment d'être en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	10. Être en détresse ou bouleversé(e) est toujours une épreuve importante pour moi.
1	2	3	4	5	11. J'ai honte de moi quand je me sens en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	12. Mes sentiments d'être en détresse ou bouleversé(e) me font peur.
1	2	3	4	5	13. Je ferais n'importe quoi pour ne plus me sentir en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	14. Quand je me sens en détresse ou bouleversé(e), je dois faire quelque chose à ce sujet immédiatement.
1	2	3	4	5	15. Quand je me sens en détresse ou bouleversé(e), je ne peux m'empêcher de me concentrer sur comment pénible est le sentiment de détresse.



## DERS

S'il te plaît, indique à quel point les énoncés suivants s'appliquent à toi en écrivant le chiffre approprié dans l'échelle ci-dessous sur la ligne à côté de chaque énoncé.

---

-----1-----	-----2-----	-----3-----	-----4-----	-----5-----
Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)

---

1. Je suis clair(e) à propos de mes sentiments. \_\_\_\_\_
2. Je porte attention à comment je me sens. \_\_\_\_\_
3. Je vis mes émotions comme accablantes et hors de contrôle. \_\_\_\_\_
4. Je n'ai aucune idée sur comment je me sens. \_\_\_\_\_
5. J'ai de la difficulté à donner du sens à mes sentiments. \_\_\_\_\_
6. Je suis attentif(ve) à mes sentiments. \_\_\_\_\_
7. Je sais exactement comment je me sens. \_\_\_\_\_
8. Je me soucie de ce que je ressens. \_\_\_\_\_
9. Je suis confus(e) sur ce que je ressens. \_\_\_\_\_
10. Quand je suis bouleversé(e), je reconnais mes émotions. \_\_\_\_\_
11. Quand je suis bouleversé(e), je deviens fâché(e) contre moi de me sentir ainsi. \_\_\_\_\_
12. Quand je suis bouleversé(e), je deviens embarrassé(e) de me sentir ainsi. \_\_\_\_\_
13. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à faire mon travail. \_\_\_\_\_
14. Quand je suis bouleversé(e), je perds le contrôle. \_\_\_\_\_
15. Quand je suis bouleversé(e), je crois que je vais demeurer ainsi pour longtemps. \_\_\_\_\_
16. Quand je suis bouleversé(e), je crois que je vais finir par me sentir très déprimé(e). \_\_\_\_\_
17. Quand je suis bouleversé(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants. \_\_\_\_\_
18. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à me concentrer sur d'autres choses. \_\_\_\_\_
19. Quand je suis bouleversé(e), j'ai le sentiment de perdre le contrôle. \_\_\_\_\_
20. Quand je suis bouleversé(e), je peux encore accomplir mes tâches. \_\_\_\_\_
21. Quand je suis bouleversé(e), j'ai honte de me sentir ainsi. \_\_\_\_\_

---

-----1-----2-----3-----4-----5-----  
 Presque jamais Quelques fois La moitié du temps La plupart du temps Presque toujours  
 (0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

---

22. Quand je suis bouleversé(e), je sais que je peux trouver une façon de me sentir éventuellement mieux. \_\_\_\_\_
23. Quand je suis bouleversé(e), je sens que je suis faible. \_\_\_\_\_
24. Quand je suis bouleversé(e), je sens que je peux demeurer en contrôle de mes comportements. \_\_\_\_\_
25. Quand je suis bouleversé(e), je me sens coupable de me sentir ainsi. \_\_\_\_\_
26. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à me concentrer. \_\_\_\_\_
27. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à contrôler mes comportements. \_\_\_\_\_
28. Quand je suis bouleversé(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux. \_\_\_\_\_
29. Quand je suis bouleversé(e), je me fâche envers moi-même de me sentir ainsi. \_\_\_\_\_
30. Quand je suis bouleversé(e), je commence à me sentir très mal à mon sujet. \_\_\_\_\_
31. Quand je suis bouleversé(e), je crois que m'apitoyer sur mon sort est tout ce que je peux faire. \_\_\_\_\_
32. Lorsque je suis bouleversé(e), je perds le contrôle sur mes comportements. \_\_\_\_\_
33. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à penser à autre chose. \_\_\_\_\_
34. Lorsque je suis bouleversé(e), je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment. \_\_\_\_\_
35. Quand je suis bouleversé(e), ça me prend beaucoup de temps à me sentir mieux. \_\_\_\_\_
36. Quand je suis bouleversé(e), je ressens mes émotions de façon accablante. \_\_\_\_\_

## IIP-32

Les gens rapportent les problèmes suivants dans leurs relations avec les autres. S'il te plaît, lis la liste des énoncés ci-dessous et, pour chacun d'eux, évalue si cela a été un problème pour toi avec des personnes importantes dans ta vie. Ensuite, remplis le cercle numéroté qui décrit le mieux la détresse causée par ce problème.

**A. Il m'est difficile de faire les choses suivantes avec d'autres personnes.**

	Pas beaucoup	Un petit peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement	
<b>C'est dur pour moi de :</b>						
1. Dire non aux autres.	0	1	2	3	4	1.
2. M'impliquer dans des groupes.	0	1	2	3	4	2.
3. Garder les choses privées sans les partager avec les autres.	0	1	2	3	4	3.
4. Dire à une personne de cesser de m'ennuyer.	0	1	2	3	4	4.
5. Me présenter à de nouvelles personnes.	0	1	2	3	4	5.
6. Confronter les gens face aux problèmes qui surviennent.	0	1	2	3	4	6.
7. M'affirmer avec une autre personne.	0	1	2	3	4	7.
8. Laisser savoir aux autres quand je suis en colère.	0	1	2	3	4	8.
9. Socialiser avec les gens.	0	1	2	3	4	9.
10. Démontrer de l'affection aux gens.	0	1	2	3	4	10.
11. M'entendre avec les gens.	0	1	2	3	4	11.
12. Être ferme quand je dois l'être.	0	1	2	3	4	12.
13. Éprouver un sentiment d'amour pour une autre personne.	0	1	2	3	4	13.
14. Soutenir une autre personne dans ses choix de vie.	0	1	2	3	4	14.
15. Me sentir proche des gens.	0	1	2	3	4	15.
16. Me soucier vraiment des problèmes des gens.	0	1	2	3	4	16.
17. Privilégier les besoins des autres par rapport aux miens.	0	1	2	3	4	17.
18. Me sentir bien devant le bonheur d'une autre personne.	0	1	2	3	4	18.
19. Demander aux autres de se tenir avec moi.	0	1	2	3	4	19.
20. M'affirmer sans craindre d'heurter les sentiments des gens.	0	1	2	3	4	20.



**B. Les énoncées suivants sont des choses que je fais souvent.**

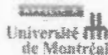
	Pas beaucoup	Un petit peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement	
21. Je me confie trop aux autres.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	21.
22. Je suis trop agressif(ve) envers les autres.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	22.
23. J'essaie trop de faire plaisir aux gens.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	23.
24. Je veux trop qu'on me remarque.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	24.
25. J'essaie trop de contrôler les autres.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	25.
26. Je privilégie trop les besoins des autres par rapport aux miens.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	26.
27. Je suis trop généreux(se) avec les autres.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	27.
28. Je manipule trop les autres pour obtenir ce que je veux.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	28.
29. Je dis trop de choses personnelles aux gens.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	29.
30. Je m'obstine trop avec les autres.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	30.
31. Je laisse trop les autres profiter de moi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	31.
32. Je suis trop troublé(e) par la misère d'une autre personne.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	32.

**APPENDICE H**  
**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE**  
**DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES**





**Hôpital  
Rivière-des-Prairies**  
Centre hospitalier de soins psychiatriques



Le 23 février 2011

Monsieur Réal Labelle  
Hôpital Rivière-des-Prairies

<b>Objet</b>	<b>Projet 10-15</b>	Étude de l'association entre les compétences enseignées dans la thérapie comportementale dialectique et la diminution de la symptomatologie liée à la personnalité limite chez les adolescents de 14 à 17 ans
	<b>Chercheur</b>	Réal Labelle
	<b>Co-chercheur</b>	Alain Janelle

Monsieur Labelle,

Nous accusons réception des documents transmis le 3 février et le 17 février 2011 et vous remercions des réponses données, suite aux demandes du Comité d'éthique. Le tout est jugé satisfaisant. Nous vous retournons, sous pli, une copie des formulaires d'information et de consentement approuvés portant l'estampille d'approbation du Comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les participants à la recherche.

La présente constitue l'approbation finale par le CÉR de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et est valide pour un an à compter d'aujourd'hui, 23 février 2011, date de l'approbation finale. À la date anniversaire, vous devrez alors compléter le formulaire de suivi annuel requérant de résumer le déroulement de l'étude afin d'obtenir un renouvellement de l'approbation éthique de ce projet.

Cette approbation finale suppose que vous vous engagez :

- ♦ à respecter la présente décision;
- ♦ à remettre au CÉR un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- ♦ à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet ;

1 de 2

- ◆ à aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout incident en cours de projet ainsi que tout changement ou modification que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire de consentement. à notifier au CÉR dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- ◆ à communiquer au CÉR toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- ◆ à informer le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CER;
- ◆ à notifier au CÉR l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- ◆ à remettre au CÉR un rapport final faisant état des résultats de la recherche.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'agréer, Monsieur Labelle, l'expression de nos sentiments distingués.

  
Elodie Petit, Présidente  
Comité d'éthique de la recherche

EP/vg



**Hôpital  
Rivière-des-Prairies**  
Centre hospitalier de soins psychiatriques

UNIVERSITÉ  
de Montréal



Le 3 avril 2013

**Réal Labelle Ph. D.**

Service de recherche  
Hôpital Rivière-des-Prairies  
7070, boul. Perras  
Montréal (QC) H1E 1A4

**Alain Janelle**

Étudiant au doctorat en psychologie  
Université du Québec à Montréal

**Objet :** *Projet 10-15P : Étude de l'association entre les compétences enseignées dans la thérapie comportementale dialectique et la diminution de la symptomatologie liée à la personnalité limite chez les adolescents de 14 à 17 ans*

**Chercheur principal :** Réal Labelle, Ph. D.

**Étudiant :** Alain Janelle, Ph. D. (c) psychologie

**Évaluation par le comité d'éthique de la recherche :**

**RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE 2013-2014**

Messieurs,

Nous accusons réception du formulaire de suivi institutionnel reçu le 12 mars 2013 et nous vous en remercions.

Après examen du document précité, le CÉR décide de renouveler l'approbation éthique du projet en titre, pour une période d'un an à compter du 23 février 2013 qui correspond à la date d'anniversaire de l'approbation finale.

Votre projet devra être approuvé l'année suivante. Pour ce faire, vous devrez à nouveau remplir et faire parvenir le formulaire de suivi institutionnel avant la date d'échéance.

**Pour que le renouvellement de l'approbation éthique soit valide, il est entendu que les chercheurs :**

1. Tiendront et conserveront à jour la liste des sujets de recherche recrutés;
2. Obtiendront l'approbation préalable du CÉR de toute modification autre qu'administrative apportée à un projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche – auquel cas le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;

3. Notifieront tout incident ou toute réaction indésirable et inattendue pouvant être liés à une procédure du projet;
4. Notifieront tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou le caractère éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
5. Notifieront toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou réglementaire;
6. Notifieront tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou le caractère éthique du projet ainsi que la décision du CÉR;
7. Notifieront de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet qui doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
8. Fourniront au CÉR un bref rapport intérimaire au plus tard dans un an, condition nécessaire à un renouvellement annuel du présent certificat, le cas échéant;
9. Transmettront au CÉR une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsque celle-ci sera terminée.

Nous vous prions d'accepter, Messieurs, nos salutations distinguées.



Élodie Petit, Présidente  
Comité d'éthique de la recherche  
Hôpital Rivière-des-Prairies

EP/kb





**APPENDICE I**  
**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**  
**DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES**



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Bonjour,

Votre adolescent(e) est invité(e) à participer à un projet de recherche. Les renseignements donnés sur le présent formulaire vous aideront à comprendre la nature et les objectifs de cette recherche. Il est important de bien lire et comprendre le formulaire d'information et de consentement afin que vous puissiez décider si vous acceptez ou non que votre adolescent(e) y participe. Si vous avez des questionnements, n'hésitez pas à nous en faire part.

### 1. Tire du projet, nom des chercheurs et affiliation

Le projet de recherche est intitulé « **Étude de l'association entre les compétences enseignées dans la thérapie comportementale dialectique et la diminution de la symptômes liée à la personnalité limite chez les adolescents de 14 à 17 ans** ». Cette recherche est réalisée dans le cadre d'un projet de thèse doctorale d'Alain Janelle, B.Sc, sous la direction de Réal Labelle, Ph.D., du Service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies et de Dr. Breton (M.D., M. Sc.). Plusieurs cochercheurs participent également à cette recherche :

- Lyne Desrosiers, M. Sc., ergothérapeute de la Clinique des troubles de l'humeur
- Valentin Mbekou, Ph. D., psychologue de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
- Johanne Renaud, M.D., M. Sc., pédopsychiatre de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

L'étude est appuyée par les Fonds québécois pour la recherche sur la société et la culture, la Fondation André Dédé Fortin ainsi que par les Fonds de recherche en santé du Québec et trois bourses d'études doctorales attribuées à l'étudiant.

### 2. Description du projet

Plusieurs types d'intervention sont disponibles à la Clinique des troubles de l'humeur, comme la thérapie psychodynamique, la thérapie cognitive comportementale et la thérapie comportementale dialectique. La Clinique des troubles de l'humeur offrira à votre jeune une thérapie comportementale dialectique, car l'équipe clinique a considéré que cette thérapie est adéquate et indiquée pour votre jeune. Cette thérapie a été récemment adaptée pour des jeunes de 14 à 17 ans et elle s'adresse à des adolescent(e)s qui présentent des difficultés semblables à celles de votre jeune. La recherche proposée vise à prendre des mesures avant et après une période de 20 semaines. Cette étude ne vise pas à évaluer l'efficacité de cette thérapie. Elle veut mieux comprendre l'importance du développement de certaines compétences comme la pleine conscience, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle et l'efficacité interpersonnelle.

### 3. Procédure de l'étude

Les jeunes qui participent à l'étude sont rencontrés individuellement par un des chercheurs à deux reprises pour remplir différents questionnaires (papier crayon), soit une première fois au début de la thérapie et une deuxième fois à la fin de celle-ci. Lors de ces rencontres d'environ 40 minutes, il sera demandé aux participant(e)s de répondre individuellement à quelques questionnaires. Ces questionnaires portent sur les apprentissages réalisés par les jeunes suite à la thérapie et sur leurs relations interpersonnelles et familiales.

### 4. Avantage de la participation au projet

Le principal avantage que votre adolescent(e) retirera de cette étude est qu'il ou elle pourra retirer une meilleure connaissance de lui-même ou d'elle-même et être satisfait(e) d'avoir aidé à améliorer l'état des connaissances.

## 5. Risques et inconvénients

Il y a peu de risques liés à la participation à cette étude. Toutefois, il est possible que les questionnaires ou l'entrevue augmentent temporairement la détresse associée à une situation difficile. Votre jeune pourra en parler au chercheur qui pourra le référer, au besoin, aux ressources appropriées. Soyez assuré que la participation à cette étude ne présente aucun inconvénient majeur. Le seul inconvénient pour votre adolescent(e) sera d'accorder de son temps. Pour le parent, un inconvénient pourrait être le déplacement pour accompagner son jeune. Néanmoins, nous tenterons de minimiser les déplacements en jumelant une rencontre déjà planifiée à l'hôpital avec les rencontres proposées.

## 6. Modalités prévues en matière de confidentialité

Les réponses de votre adolescent(e) à chacune des questions demeureront confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront connues uniquement par l'équipe de recherche. Par contre, si des informations pouvant favoriser une meilleure prise en charge se dégagent des questionnaires ou de l'entrevue, ces informations pourront être transmises au dossier médical de votre jeune. De plus, s'il y avait situation de danger grave pour votre adolescent(e) ou pour autrui, les chercheurs informeraient rapidement les membres de l'équipe clinique afin que votre adolescent(e) reçoive les meilleurs services possibles. Enfin, si votre adolescent(e) dévoilait une situation qui pourrait compromettre sa sécurité ou son développement, les chercheurs devront aviser la Direction de la protection de la jeunesse. Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital-Rivière-des-Prairies et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité. Enfin, Dr. Breton pourra aussi avoir accès aux réponses de votre jeune.

Afin de préserver la confidentialité des renseignements personnels, des codes numériques reliant le nom de chaque participant à son dossier de recherche seront attribués. Seuls le chercheur principal et ses délégués auront accès à la liste correspondante. La liste de noms et de codes, de même que les informations personnelles, seront conservées dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé du service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies et seront détruites cinq (5) ans après la fin de l'étude.

Dans le cadre d'une collaboration avec le cochercheur, M. Mbekou, les renseignements donnés par le jeune seront également utilisés dans le cadre du projet de recherche intitulé « **Étude clinique de l'implantation de la Thérapie comportementale dialectique auprès d'adolescent(e)s présentant des comportements suicidaires** » qui vise à mieux comprendre les effets de cette thérapie auprès des adolescent(e)s. Ce projet de recherche a été accepté par le CER de Douglas et toutes les mesures de confidentialité seront également respectées.

## 7. Consultation du dossier médical

Nous consulterons le dossier médical de votre jeune pour connaître l'évaluation psychiatrique, les hospitalisations, les données des mesures physiologiques, les admissions à l'urgence, les crises de colère, les fugues, les tentatives de suicide, les comportements d'automutilation, les comportements de consommation et toute autre conduite autodestructrice. Ces informations seront codées avec le numéro attribué au nom de votre jeune afin que son nom n'y apparaisse pas. De plus, si des questionnaires complétés par votre jeune lors de suivi à la clinique sont déjà inscrits au dossier, ils pourront être utilisés dans cette recherche pour éviter à votre jeune de les compléter à nouveau.



### **8. Diffusion des résultats de recherche**

Seuls les résultats obtenus pour l'ensemble des participants du projet seront diffusés lors de présentations ou de publications scientifiques. Vous ou votre adolescent(e) pourrez communiquer avec les chercheurs de l'étude afin d'accéder au résumé de l'étude, après 2013, date de fin prévue de la démarche doctorale. Nous pourrions alors communiquer avec vous en vous envoyant une lettre par la poste. Dans le but de favoriser la meilleure utilisation possible des résultats de cette étude, les données recueillies (réponses aux questionnaires) pourront être analysées dans le cadre d'autres projets de recherche, de façon anonyme et confidentielle. Ces projets auront été approuvés par un Comité d'éthique de la recherche compétent. Soyez assuré qu'aucun nom ne sera divulgué dans les publications. En signant ce formulaire de consentement, vous autorisez que les données soient ainsi utilisées.

### **9. Responsabilité en cas de préjudice**

Malgré toutes les précautions prises par les chercheurs, s'il survenait un incident (par ex. un bris de confidentialité) suite à la participation de votre adolescent(e) à cette étude, vous pourriez faire valoir tous les recours légaux garantis par les lois en vigueur au Québec. La participation de votre adolescent(e) ne libère ni les chercheurs, ni l'Hôpital Rivière-des-Prairies de leurs responsabilités civile et professionnelle.

### **10. Liberté de participation et droit de retrait**

Votre adolescent(e) est tout à fait libre de participer à cette recherche. À tout moment durant l'étude, vous pourriez retirer votre autorisation ou votre adolescent(e) pourrait décider de ne plus participer, sur simple avis verbal et sans que cela nuise aux relations avec l'équipe traitante de la Clinique des troubles de l'humeur. Dans le cas d'un retrait de participation, les informations déjà recueillies sur votre adolescent(e) seraient exclues de l'étude. Un refus ou un retrait n'affectera d'aucune façon les traitements qui seront ou qui pourraient être offerts à votre jeune.

### **11. Nom des personnes ressources**

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant cette étude, il est possible de contacter le chercheur responsable, M. Réal Labelle, Ph. D., psychologue, au Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies au (514) 323-7260, poste 2277. Pour tout commentaire, plainte ou pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à une recherche, vous pouvez vous adresser au commissaire local à la qualité et aux plaintes de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, Mme Hélène Bousquet, au (514) 323-7260, poste 2154.

### CONSENTEMENT DU PARENT

**J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire pour le projet qui requiert la participation de mon adolescent(e) et la consultation de son dossier médical en vue de l'utilisation des renseignements nominatifs qu'il contient dans le seul but de la présente recherche. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'en comprends les avantages et les inconvénients. Je sais que mon adolescent(e) est libre de participer au projet et qu'il (elle) demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec ses thérapeutes et son médecin. Je demeure aussi libre de l'en retirer à tout moment aux mêmes conditions.**

Signature du parent \_\_\_\_\_

**Prénom** du parent (lettres majuscules) : \_\_\_\_\_

**Nom** du parent (lettres majuscules) : \_\_\_\_\_

Précisez votre lien avec l'enfant : Mère \_\_\_\_\_ Père \_\_\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Domicile Travail

### **ASSENTIMENT DE L'ADOLESCENT(E)**

**J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'en comprends les avantages et les inconvénients. J'ai compris qu'il incluait la consultation de mon dossier médical en vue de l'utilisation des renseignements nominatifs qu'il contient dans le seul but de la présente recherche. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité de mes traitements, de mes soins futurs et de mes rapports avec mes thérapeutes et mon médecin.**

Signature de l'adolescent(e) \_\_\_\_\_

**Prénom** (lettres majuscules) : \_\_\_\_\_

**Nom** (lettres majuscules) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_ (M ou F)

Jour Mois Année



### ENGAGEMENT DES CHERCHEURS

Nous certifions, moi et mes représentants : (a) avoir indiqué aux signataires la possibilité de contacter le chercheur principal pour obtenir de plus amples informations concernant cette étude; (b) leur avoir clairement mentionné que la participation à cette recherche se fait sur une base volontaire et qu'il est possible de se retirer à tout moment; et (c) leur avoir remis une copie du présent formulaire de consentement à signer et à conserver.

---

Réal Labelle, Ph. D. Date  
Chercheur principal

**APPENDICE J**

**ADDENDUM SOUMIS AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE  
L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS**

SOIGNER.  
DÉCOUVRIR.  
ENSEIGNER.

**Douglas**  
INSTITUT  
UNIVERSITAIRE EN  
SANTÉ MENTALE

MENTAL HEALTH  
UNIVERSITY  
INSTITUTE

CARING.  
DISCOVERING.  
TEACHING.

**Objet : Addendum soumis au CER du Douglas**

Cher président du comité éthique,

Dans le cadre de notre projet «*Étude clinique de l'implantation de la Thérapie comportementale Dialectique (DBT) auprès d'adolescentes Présentant des comportements suicidaires et d'automutilation*» qui se termine en mai 2011, nous sommes à la dernière collecte de données pour ce projet. Dans la perspective d'une future collaboration avec l'hôpital Rivière-des-Prairies qui mène en ce moment une expérience pilote similaire à la nôtre, nous avons décidé d'harmoniser les instruments psychométriques utilisés dans les projets des deux centres hospitaliers. Voici la liste des nouveaux outils de mesure que nous voulons ajouter aux instruments déjà utilisés ainsi que leur justification.

**Ajout à la méthodologie du projet de recherche**

**Instruments de mesure**

- 1) Questionnaire à cinq dimensions sur la pleine conscience (Q5DPC).
- 2) Échelle de tolérance à la détresse (ETD)
- 3) Version courte de l'échelle des symptômes état limite (BSL-23)
- 4) Liste des stratégies de coping de la DBT

**1) Le Questionnaire à cinq dimensions sur la pleine conscience (Q5DPC)**

Cet instrument développé par Baer et coll. (2006) résulte d'une intégration de diverses échelles mesurant la présence attentive. Cette échelle de 39 items comprend cinq sous-échelles mesurant un aspect spécifique de la présence attentive, à savoir comment aborder l'expérience humaine en observant, en décrivant, en agissant avec présence, en ne jugeant pas et en étant non réactif face à l'expérience intérieure. Chaque item est coté sur une échelle de type Likert allant de 1 (jamais vrai ou rarement vrai) à 5 (très souvent vrai ou toujours vrai). Un score global est obtenu, et un score pour chaque sous-échelle est calculé. Les qualités psychométriques de ce questionnaire ont été démontrées auprès de 278 adultes (Baer et coll., 2008). La cohérence interne varie entre 0,67 et 0,92.

1

Hôpital Douglas | 6875, boulevard LaSalle | Montréal (Québec) | H4H 1R3 | Téléphone 514 761-6131 | [www.douglas.gc.ca](http://www.douglas.gc.ca)



Affilié à l'Université McGill  
Affiliated with McGill University



Centre collaborateur OMS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale  
Montreal WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health

L'analyse factorielle confirmatoire indique la présence de 5 dimensions avec un index comparatif d'ajustement à 0,97 (*comparative fit index*). Cet instrument présente également une bonne validité convergente avec l'échelle mesurant le bien-être psychologique de Ryff (1989) et présente une bonne validité divergente avec les symptômes psychologiques de l'Inventaire court des symptômes de Derogatis (1992). Enfin, le Questionnaire des cinq dimensions de la pleine conscience présente une bonne validité prédictive du bien-être psychologique en expliquant 39 % de la variance.

**Justification :** Réal Labelle et Alain Janelle nous conseillent l'utilisation de cet instrument, car il est un instrument reconnu pour mesurer l'acquisition de la mindfulness, compétence centrale de la DBT. Le temps de passation est évalué à 5 minutes

## 2) Échelle de tolérance à la détresse (ETD)

Cet instrument développé par Simons et Gaher (2005). Cette échelle mesure la tolérance à la détresse à partir de 16 items regroupés en quatre sous-échelles. Ces sous-échelles ont trait à l'évaluation, la régulation, la résistance et l'envahissement émotionnel. Chaque item est coté sur une échelle de type Likert de 1 (fortement en accord) à 5 (fortement en désaccord). Un score global est obtenu. Les qualités psychométriques du questionnaire ont été testées auprès de 823 adultes. L'analyse factorielle confirmatoire identifie la présence d'un seul facteur expliquant 88 % de la variance (Simons et Gaher 2005). Cette échelle présente une bonne validité convergente avec les résultats du *Negative Mood Regulation Expectancies Questionnaire* (Catanzaro et Mearns, 1990) avec un  $r = 0,54$ . De plus, cette échelle présente une bonne validité divergente avec le résultat d'affect négatif du *General Temperament Survey* (Clark et Watson, 1990) avec un  $r = -0,59$  et avec le résultat de labilité du *Affective Lability Scale* (Harvey, Greenberg et Serper, 1989) avec un  $r = -0,51$ .

**Justification :** Réal Labelle et Alain Janelle nous conseillent l'utilisation de cet instrument, car il pourra bien l'acquisition d'une des compétences de la DBT, soit la tolérance à la détresse. Le temps de passation est évalué à 4 minutes.

## 3) La version courte de l'échelle des symptômes état limite (BSL-23)

Cette échelle évalue les symptômes qui sont spécifiques à la personnalité limite. Cet instrument a été créé à partir d'une version plus longue possédant 95 items (BSL-95; Bohus, Limberger, Frank, Sender, Gratwohl, Stieglitz, 2007). La version courte de la liste des symptômes Borderline est composée de 23 items. Il est demandé au répondant d'évaluer comment il a souffert des problèmes décrits par les items sur une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 (pas du tout) à 5 (très fortement). Un score global est obtenu. Les qualités psychométriques de cette échelle ont été testées auprès de 659 adultes entre 18 et 60 ans présentant un trouble de personnalité limite. L'analyse factorielle révèle la présence d'un seul facteur général de symptôme. L'échelle présente une bonne consistance interne avec un alpha de Cronbach de 0,94 et présente une bonne

fidélité test retest d'une semaine avec une  $r = 0,82$  ( $p < 0,0001$ ). Cet instrument présente une bonne validité de convergence avec le BDI-II (Beck et coll., 1986) et le «Symptom Checklist revised» (SCL-90-R; Derogatis, 1992; Franke, 1995) et avec le BSL-95. De plus, cet instrument présente une bonne validité prédictive en étant capable de bien discriminer entre des patients présentant un trouble de personnalité limite et avec des patients qui présente seulement un trouble à l'axe I avec une taille d'effet moyen de 1,13. Enfin, cet instrument présente une bonne sensibilité à mesurer les changements après trois mois de thérapie comportementale dialectique avec une taille d'effet de  $d = 0,47$ .

Cette échelle inclut également 11 questions complémentaires. Ces 11 questions évaluent les conduites autodommageables intentionnelles. Il est demandé au répondant d'évaluer combien de fois ils ont commis certains comportements dans le dernier mois. Chaque question est évaluée sur une échelle de type Likert en cinq points allant de 0 (jamais) à 4 (7 fois et plus). L'utilisation de ces questions complémentaires permet d'avoir une échelle ordinale et le calcul d'un score global évaluant les conduites autodommageables intentionnelles.

**Justification :** Réal Labelle et Alain Janelle nous conseillent l'utilisation de cet instrument, car étant donné que la DBT s'adresse à une clientèle aux prises avec des traits de personnalité limite et des conduites autodommageables intentionnelles, cet instrument pourra évaluer l'évolution de cette symptomatologie. Le temps de passation est évalué à 5 minutes.

#### 4) Liste des stratégies de coping de la DBT

Cette variable sera évaluée par la Liste des stratégies de coping de la TCD (DBT-WCCL; Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch, et Linehan, 2010). Cet instrument est une adaptation du *Revised way of coping Checklist* (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, et Becker, 1985) qui évalue des stratégies de coping qui sont enseignées dans une TCD. Cette échelle autorapportée est composée de deux sous échelles qui évaluent la fréquence d'utilisation des stratégies de coping dans le dernier mois. La première sous échelle de 38 items qui mesurent la fréquence d'utilisation des compétences psychosociales de la TCD. La deuxième sous échelles composées de 21 items qui mesurent la fréquence d'utilisation de stratégies de coping dysfonctionnel non DBT. Un score est calculé pour chaque sous-échelle. Chaque item est coté sur une échelle Likert où la personne évalue à quelle fréquence l'énoncé est utilisé, allant de 0 (jamais utilisé) à 3 (régulièrement utilisé). Les qualités psychométriques du questionnaire ont été testées auprès de 332 adultes âgés de 18 à 60 ans suicidaires présentant un trouble de personnalité limite. L'analyse factorielle exploratoire indique la présence de 2 facteurs expliquant 41,11 % de la variance. La cohérence interne des 2 sous-échelles varie entre 0,88 et 0,92. La fidélité test-retest a été évaluée avec 116 participants et présente une bonne stabilité temporelle ( $p_t = 0,66$ ,



$p < 0.001$ ). Une traduction française de cet instrument a été réalisée par la méthode de traduction inversée parallèle.

**Justification :** Réal Labelle et Alain Janelle nous conseillent l'utilisation de cet instrument, car des publications récentes démontrent l'importance de l'utilisation des compétences de la DBT dans les améliorations observées chez les individus recevant une DBT. Cet instrument pourra évaluer l'utilisation des compétences de la DBT. Le temps de passation est estimé à 10 minutes.

### Chercheurs

Ajout de deux chercheurs associés :

Réal Labelle (Ph. D.), à titre consultant clinique et en recherche, il participe en conseillant l'équipe de recherche sur les aspects scientifiques et clinique de l'évaluation de la thérapie comportementale dialectique. En outre, comme spécialiste en psychométrie, il contribue à l'analyse des résultats de cette recherche.

Alain Janelle (B. Sc., Ph. D. cand), à titre consultant en recherche participe en conseillant l'équipe de recherche sur les aspects scientifiques de l'évaluation auprès de la thérapie comportementale dialectique. En outre, il contribue à l'analyse des résultats de cette recherche.

### Changement des procédures

Étant donné que six questionnaires sont ajoutés, le temps pour la passation des questionnaires augmente en moyenne de 20 minutes.

### Accès aux données

**Personnes qui y ont accès :** ajouter Alain Janelle, Réal Labelle

Valentin MBEKOU, Ph.D  
Chercheur principal  
Psychologue  
Programme des troubles dépressifs  
Pav FBC #3325



**APPENDICE K**

**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'INSTITUT  
UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS**

SOIGNER.  
DÉCOUVRIR.  
ENSEIGNER.

**Douglas**  
INSTITUT  
UNIVERSITAIRE EN  
SANTÉ MENTALE

MENTAL HEALTH  
UNIVERSITY  
INSTITUTE

CARING.  
DISCOVERING.  
TEACHING.

Le 1<sup>er</sup> avril 2011

Valentin Mbekou  
Psychologue  
Pavillon F.B.C.

**Sujet:** **Protocole 07140 Étude clinique de l'implantation de la thérapie comportementale dialectique (DBT) auprès d'adolescentes présentant des conduites suicidaires et d'automutilation.**  
**Amendement – Réponses aux questions du CÉR**

Monsieur Mbekou,

Nous accusons réception de votre réponse aux questions qui avaient été soulevées par le CÉR concernant la demande d'amendement au protocole cité en titre. Les examinateurs assignés et moi-même avons étudiés votre réponse et l'avons jugée satisfaisante.

À titre de vice-président, j'accorde donc une approbation accélérée à cette demande d'amendement car votre réponse aux questions soulevées est satisfaisante et rencontre les exigences du CÉR.

Veuillez agréer mes sincères salutations.



pour :

Kenneth Bruce, Ph.D.  
Vice-président  
Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Douglas

/éc

Hôpital Douglas | 6875, boulevard LaSalle | Montréal (Québec) | H4M 1R3 | Téléphone 514 761-6131 | [www.douglas.qc.ca](http://www.douglas.qc.ca)



Affilié à l'Université McGill  
Affiliated with McGill University



Centre collaborateur OMS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale  
Montreal WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health

## RÉFÉRENCES

Les références marquées d'un astérisque sont celles qui ont été retenues pour de la recension des écrits.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES) (2000). *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*. Paris, France : Service Communication et Diffusion.

Allen, K. L., McLean, N. J., & Byrne, S. M. (2012). Evaluation of a new measure of mood intolerance, the Tolerance of Mood States Scale (TOMS): Psychometric properties and associations with eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 13, 326 – 334.

\*Alper, G., & Peterson, S. J. (2001). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(10), 38-45.

American Association of Suicidology (2006). *Suicide in the U.S.A.: Based on current (2006) statistics* Retrieved from [www.suicidology.org](http://www.suicidology.org).

American Psychiatric Association (2000). *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (rev. 4th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2001). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline personality Disorder*. Retrieved from [http://psychiatryonline.org/Images/icons/toolbox\\_icon\\_pdf.png](http://psychiatryonline.org/Images/icons/toolbox_icon_pdf.png)



American Psychiatric Association. (2003). *Practice Guideline for the Assessment of Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Retrieved from [http://psychiatryonline.org/Images/icons/toolbox\\_icon\\_pdf.png](http://psychiatryonline.org/Images/icons/toolbox_icon_pdf.png)

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

\*Andión, Ó., Ferrer, M., Matali, J., Gancedo, B., Calvo, N., Barral, C., Valero, S., Di Genova, A., Diener, M., Torrubia, R., & Casas, M. (2012). Effectiveness of combined individual and group dialectical behavior therapy compared to only individual dialectical behavior therapy: A preliminary study. *Psychotherapy*, 49(2), 241-250.

Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101-105.

Andrews, B., Qian, M. Y., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: the Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42.

Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(5), 317-326.

Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M. C., & de Bie, A. J. H. T. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45-59.

Austin, M. A., Riniolo, T. C., & Porges, S. W. (2007). Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and Cognition*, 65(1), 69-76.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 91-206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.

- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2012). An examination of the latent structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 382-392.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C., & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry*, 186(3), 239-246.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the inventory of interpersonal problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35.
- Barratt, E. S. (1995). *Impulsiveness and aggression*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Barnow, S., Herpertz, S., Spitzer, C., Dudeck, M., Grabe, H.-J., & Freyberger, H.-J. (2006). Kategoriale versus dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen: Sind dimensionale Modelle die Zukunft? [Categorical Versus Dimensional Classification of Personality Disorders: Are Dimensional Models the Future?]. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 74(12), 706-713.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. E (1988). Scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 499-505.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Beck A. T., Steer R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, Tex, Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, N., Mock, J., & Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Texler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.
- \*Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 66-77.
- Bemstein, E. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 727-735.
- Benjamin, L. S. (1983). *The Intrex user's manual, Parts I and II*. Madison, WI: Intrex Interpersonal Institute.
- \*Bernheim, D., Dudeck, M., Limberg, A., Grabe, H. J., Freyberger, H. J., & Barnow, S. (2011). Veränderung persönlichkeitsbasierter Symptome der Borderline-Persönlichkeitstörung durch Dialektisch-Behaviorale Intervalltherapie [Modification des symptômes du trouble de la personnalité borderline par une thérapie comportementale dialectique]. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, 10*(4), 211-222.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American Journal of Psychiatry, 150*, 1237-1243.
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2013). Measuring mindfulness: First steps towards the development of a comprehensive mindfulness scale. *Mindfulness, 4*(1), 18-32.
- Bibaud-De Serres, A. (2010). *Adaptation française de quatre instruments de mesure portant sur des compétences psychosociales chez des adolescents en milieu scolaire*. (Thèse d'honneur non publiée). Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Blais, M., Lenderking, W., Baer, L., de Lorell, A., Peets, K., Leahy, L., & Burns, C. (1999). Development and validation of a brief mental health outcome measure. *Journal of Personality Assessment, 73*, 359-379.
- Bleiberg, E. (1994). Borderline disorders in children and adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic, 58*(2), 169-196.



- Blount, C., Evans, C., Birch, S., Warren, F., & Norton, K. (2002). The properties of self-report research measures: Beyond psychometrics. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(2), 151-164.
- \*Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- \*Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 875-887.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T. et Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126-132.
- Bornovalova, M. A., & Daughters, S. B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 27(8), 923-943.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1), S57-70.
- \*Brassington, J., & Krawitz, R. (2006). Australasian dialectical behaviour therapy pilot outcome study: Effectiveness, utility and feasibility. *Australasian Psychiatry*, 14(3), 313-319.
- Brenner, L. A., Breshears, R. E., Betthausen, L. M., Bellon, K. K., Holman, E., Harwood, J. E. F., Silverman, M. M., Huggins, J., & Nagamoto, H. T. (2011). Implementation of a suicide nomenclature within two VA healthcare settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(2), 116-128.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.

- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., & Kolko, D. J. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45(6), 581-588.
- Breton, J. J., Bilodeau, H. et Boyer, R. (2001). *Guide pratique pour un programme en santé mentale : Planifier, implanter, évaluer*. Montréal, Canada : CECOM.
- Breton, J.J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., et Guilé, J.M. (2011). Caractéristiques cliniques des jeunes déprimés en pédopsychiatrie. *Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 21(1), 16-22.
- Bridges, K. R., Sanderman, R., Breukers, P., Ranchor, A., & Arrindell, W. A. (1991). Sex differences in assertiveness on the US version of the Scale for Interpersonal Behavior (SIB). *Personality and Individual Differences*, 12, 1239-1243.
- Briere, J. (1996). *Professional manual for the Trauma Symptom Checklist for Children TSCC*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal Personality Social Psychology*, 84, 822-848.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Burns, J. W., Bruehl, S., & Caceres, C. (2004). Anger management style, blood pressure reactivity, and acute pain sensitivity: Evidence for "Trait x Situation" models. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 195-204.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Caprara, G. V., Di Giunta, L., Pastorelli, C., & Eisenberg, N. (2013). Mastery of negative affect: A hierarchical model of emotional self-efficacy beliefs. *Psychological Assessment*, 25(1), 105-116.
- Catanzaro, S. J., & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546-563.



- \*Charlton, M., & Dykstra, E. J. (2011). Dialectical behaviour therapy for special populations: Treatment with adolescents and their caregivers. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(5), 6-14.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1990). *The general temperament survey*. Unpublished manuscript, University of Iowa, Iowa City, IA.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.
- \*Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Cloninger, C. R., Svarkic, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Coccaro, E. F., Harvey, P.D., Kupsaw-Lawrence, E., Herbert, J. L., & Bernstein, D. P. (1991). Development of neuropharmacologically based behavioral assessments of impulsive aggressive behavior. *Journal of Neuropsychiatry*, 3(2), S44-S51.
- Coccaro, E. F., & Kavoussi, R. J. (1997). Fluoxetine and impulsive-aggressive behavior in personality disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1081-1088.
- Coffey, K. A., Hartman, M., & Fredrickson, B. L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness*, 1(4), 235-253.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- \*Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R., & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 406-414.

- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jone, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303.
- Costello, E. J., & Angold, A. (1988). Scales to assess child and adolescent depression: Checklists, screens, and nets. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 726-737.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 728-734.
- Davids T., & Stede, W. (1921/2001). *Pali-English Dictionary*. New Delhi, India: Munshiram Manoharlal Publishers.
- Derogatis, L.R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedure manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research Inc.
- \*Dewe, C., & Krawitz, R. (2007). Component analysis of dialectical behavior therapy skills training. *Australas Psychiatry*, 15(3), 222-225.
- \*Dimeff, L., Rizvi, S. L., Brown, M., & Linehan, M. M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 457-468.
- Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Melchers, P., & Heim, K. (1998 a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung* (2 ed) [Questionnaire des parents sur le comportement des enfants et des adolescents, groupe de travail allemand sur le CBCL, introduction et instruction]. Köln, Deutschland: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik.

- Döpfner, M., Plück J., Bölte S., Melchers P., & Heim, K. (1998 b): *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. [Questionnaire pour les adolescents, groupe travail allemand sur le YSR] Köln, Deutschland: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD)
- Eisen, S. V., Dill, D. L., & Grob, M. C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 242-247.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- \*Engle, E., Gadischkie, S., Roy, N., & Nunziato, D. (2013). Dialectical behavior therapy for a college population: Applications at Sarah Lawrence College and beyond. *Journal of College Student Psychotherapy*, 27(1), 11-30.
- EuroQol Group (1990). EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1991). *Manual of the Eysenck Personality Scales*. London, UK: Hodder et Stoughton.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Reisch, P. A., & Kilpatrick, D. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self report measure of post traumatic stress disorder. *The Behavioral Therapist*, 16, 161-162.
- \*Fassbinder, E., Rudolf, S., Bussiek, A., Kröger, C., Arnold, R., Greggersen, W., Hüppe M., Sipos, V., & Schweiger, U. (2007). Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf. Eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung [Effectiveness of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder in the long-term course: A 30-month follow-up after inpatient treatment]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 1-9.
- \*Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 121-141.

- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Greeson, J. G., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology Behaviors Assessment*, 29, 177-90.
- Fernandez Castelao, C., & Kröner-Herwig, B. (2013). Developmental trajectories and predictors of externalizing behavior: A comparison of girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*. Advance online publication.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders (SCID-I)*. New York, NY: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbons, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. New York, NY: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- \*Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3), 1-10.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis Deutsche version* [Liste des symptômes de Derogatis, version allemande]. Göttingen, Deutschland: Beltz.
- \*Friedrich, J., Gunia, H., & Huppertz, M. (2003). Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie [Evaluation of an outpatient dialectical behavioral therapy network]. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 289-306.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997). *Coping Scale for Adults: Administrator's manual*. Melbourne, Australia: ACER.



- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G., & Braehler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen unterstützung (F-SOZU): normierung an einer repräsentativen strichprobe [Questionnaire sur le support social (F-SOZU): validation à partir d'un échantillon représentatif]. *Diagnostica*, 45(4), 212-216.
- Gambrili, E. D., & Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Garnet, K. E., Levy, K. N., Mattanah, J. J. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1380-1382.
- Gendreau, G. (1995). Perspectives pour le développement de compétences de base chez les sujets d'éducation. Dans G. Gendreau (eds), *Partager des compétences : un projet à découvrir tome 1* (pp.79-111). Paris, France : Éditions Fleurus.
- Gendreau, G. et Lemay, L. (1995). Un premier défi : le partage de compétences entre trois catégories d'acteurs. Dans G. Gendreau (eds), *Partager des compétences; un projet à découvrir tome 1* (pp.45-77). Paris, France : Éditions Fleurus.
- Gerson, A. C., Gerring, J. P., Freund, L., & Joshi, P. K. (1996), The childrens affective lability scale: a psychometric evaluation of reliability. *Psychiatry Research*, 65, 189-197
- Gilbert, P., & Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behaviour and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 295-306.
- \*Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 820-830.
- Granefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.



- Gratz, K., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance and mindfulness based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and Acceptance processes in clients*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Review: Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65-75.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B., Ross, J. G., Loery, R. & Kolbe, L. (2002). Youth risk behavior surveillance-United States, 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(SS-4), 1-64.
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409-417.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hamilton, M. A. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Harkavy-Friedman, J. M., & Asnis, G. M. (1989). Assessment of suicidal behavior: A new instrument. *Psychiatric Annals*, 19, 382-387.
- \*Harley, R. M., Baity, M. R., Blais, M. A., & Jacobo, M. C. (2007). Use of dialectical behavior therapy skills training for borderline personality disorder in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 17(3), 362-370.
- \*Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). Treating co-occurring axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1068-1075.
- \*Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 381-386.

- Harkavy-Friedman, J. M., & Anis, G. M. (1989). Assessment of suicidal behavior: A new instrument. *Psychiatric Annals*, 19, 382-387.
- Harrington, N. (2005). The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 374-387.
- Harvey, P. D., Greenberg, B. R., & Serper, M. R. (1989). The affective lability scales: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 786-793.
- Hawton, K., Osborn, M., O'Grady, J., & Cole, D. (1982). Classification of adolescents who take overdose. *British Journal of Psychiatry*, 140, 124-131.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.
- Heiman, G. W. (2002). *Research Methods in Psychology* (3rd ed.). Boston & New York, NY : Houghton Mifflin Company.
- Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258-1268.
- Hirschfeld, R. M., Klerman, G., Gough, H., Barrett, J., Korchin, S., & Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 610-618.
- Hong, P. Y. (2004). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A component analysis of DBT skills training group. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(8-B), 4039. (UMI No. AAI3100194)
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems: Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., Kalehzan, B. M. & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- \*Höschel, K. (2006). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung in der Regelversorgung—Das Saarbrücker DBTModell [Dialectic behavioral therapy for borderline personality disorder in standard medical care: The Saarbrücken Treatment Program]. *Verhaltenstherapie*, 16, 17-24.
- Institut de la Statistique du Québec, (2009). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2006*. Obtenue à [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca).
- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 415-422.
- Jacobs, D. G. (1998). *The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- \*James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 148-152.
- \*James, A. C., Winmill, L., Anderson, C., & Alfoadari, K. (2011). A preliminary study of an extension of a community dialectic behaviour therapy programme to adolescents in the looked after care system. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 9-13.
- Janelle, A., Bibaud-De Serres, A., et Labelle, R. (2011). *Traduction française et validation de questionnaires cliniques auprès d'étudiants universitaires*. Document non publié, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Jerusalem, M & Schwarzer, R. (1986). Selbstwirksamkeit [Autoefficacité]. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (15-28) [échelles sur la personnalité et la vulnérabilité]. Berlin, Deutschland: Freie Universitätspresse.



- Jodoin St-Onge, M. (2009). *Étude de faisabilité d'implantation en pédopsychiatrie d'un programme de thérapie comportementale dialectique pour adolescents : Une série d'études de cas* (Thèse de doctorat.) Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Quelques réflexions sur les origines de la MBSR les moyens subtils et le problème posé par les cartes, *bouddhisme contemporain*, 11(1), 1-42.
- \*Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(7), 980-988.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In, A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., 4, 19-71), New York, NY: Wiley.
- Kazdin, A. Rogers, A., & Kolbus, D. (1986). The Hopelessness Scale for Children: psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 51, 241-245.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P., & Andreasen, N. C. (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 540-548.
- Keppel, G. (1993). *Design and analysis : A researcher's handbook*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951.
- \*Kleindienst, N., Limberger, M. F., Schmahl, C., Steil, R., Ebner-Priemer, U. W., & Bohus, M. (2008). Do improvements after inpatient dialectical behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 847-851.

- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research, 1*, 208-210.
- \*Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32*(2), 371-390.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology, 25*(3), 343-354.
- Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: A longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 8-20.
- \*Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., Rudolf, S., & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy, 44*(8), 1211-1217.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M., & Stahura, C. (1996). Development and validation of the trauma-related guilt inventory (TRGI). *Psychological Assessment, 8*, 428-444.
- Kumar, S., Feldman, G., & Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 32*(6), 734-744.
- Labelle, R. et Janelle, A. (2012). La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent borderline et suicide. *Perspectives Psychiatriques, 51*(4), 374-385.
- Labelle, R., Janelle, A., et Pouliot, L. (soumis). Cognitive behavioral therapies and dialectical behavior therapy for selfdirected violence in adolescents: a systematic review and meta-analysis.
- Langlois, S. et Morrison, P. (2002). *Suicides et tentatives de suicide*. Rapports sur la santé, 13(2), 9-25. N° 82-003-XPF au catalogue. Statistique Canada. Site internet consulté le 6 mai 2009.
- Leckman, J. F., Vaccarino, F. M., & Lombroso, P.J. (2002) Adolescence. In M. Lewis (3rd eds.), *Child and Adolescent Psychiatrie : A comprehensive textbook* Melvin Lewis (pp. 323-332). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.



- Légaré, G., Gagné, M., St-Laurent, D. et Perron, P.-A. (2013). La mortalité par suicide au Québec: 1981 à 2010: Mise à jour 2013. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2003). A modified computer version of the Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT) as a laboratory-based stressor. *The Behavior Therapist*, 26(4), 290-293.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136, 576 - 600.
- \*Lindenboim, N., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2007). Skills practice in dialectical behavior therapy for suicidal women meeting criteria for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 147-156.
- Linehan, M. M. (1981). *Suicide Behaviors questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA.
- Linehan, M. M. (1993 a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993 b). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- \*Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., & Comtois, K. A. (1994) *Lifetime Parasuicide Count* Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006 a). Suicide attempt self-injury interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-312.
- \*Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006 b). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.

- \*Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kilivan, D. R. (2002). Dialectal behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Egan, K., J. (1985). *Asserting Yourself*. New York, NY : Facts On File Publications.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for steaying alive when you're thinking of killing yourself : the reseasons for living inventory. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1987) *Treatment History Interview (THI)*. Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1994). *Social History Interview*. Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA.
- \*Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12). 971-974.
- \*Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H. R., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 999-1005.
- \*Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., & Dimeff, L. A. (1996). *Comprehensive validation therapy for substance abusers*. Seattle, WA: University of Washington.
- \*Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771-1776.
- Linehan, M. M., Wagner, A. W., & Cox, G. (1989). *Parasuicide History Interview : Comprehensive Assessment of parasuicide Behavior*, Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA.

- Little, T. D., Card, N. A., Bovaird, J. A., Preacher, K. J., & Crandall, C. S. (2007). Structural equation modeling of mediation and moderation with contextual factors. In T. D. Little, J. A. Bovaird, & N. A. Card (Eds.), *Modeling contextual effects in longitudinal studies* (pp. 207-230). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- \*Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M., & MacLeod, A. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 85-92.
- Luberto, C. M., Cotton, S., McLeish, A. C., Mingione, C. J., & O'Bryan, E. M. (2013). Mindfulness skills and emotion regulation: The mediating role of coping self-efficacy. *Mindfulness*. Advance online publication.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59-80.
- Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Aro, H. M., & Heikkinene, M. E. (1995). Suicide among female adolescents: Characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1297-1307.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Schaff, C., & Schmidt, M. H. (1998). *Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)*. Marburg, Deutschland: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Phillips-Universität.
- \*McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., & McClellan, J. M. (2010). A pilot evaluation of dialectical behavioural therapy in adolescent long-term inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 193-196.
- McGirr A., Renaud J., Bureau A., Seguin M., Lesage A., & Turecki G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: A predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine*, 38(3), 407-417.
- McIlhaney, K. K., Henderson, L., Gunn, S., & Wasser, T. E. (2008). Use of the Brief Psychiatric Rating Scale-Children (BPRS-C) as an outcomes measure in the residential and foster care setting. *Residential Treatment for Children & Youth*, 24(3), 243-259.



- \*McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169, 6506-61.
- \*McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374.
- \*McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., & Ferrero, F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatric Services*, 56(2), 193-197.
- Meece, J. L. (2002). *Child and adolescent development for educators* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- \*Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 183-187.
- Miller, I. W., Norman, W. H., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1986). The modified scale for suicidal ideation: reliability and validity. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54, 724-725.
- Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Personality*, 1, 354-372.
- Millon T, Davis R, & Millon C. (1997) *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (2nd ed). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Morey, L. C. (1991). *The Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Morgan, T. A., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2013). Differences between older and younger adults with borderline personality disorder on clinical presentation and impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1507-1513.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1-10.
- Mufson, L., Weissman, M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives General Psychiatry*, 56, 573-579.
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M., & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42(3), 331-339.
- Muris, P., Merckelback, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (2007). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Nanhou, V., Fournier, C., et Audet, N. (2010). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : Un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social. *Zoom santé*. Institut de la Statistique du Québec (20). 1-8.
- National Institute of Mental Health (1976). Clinical Global Impressions. In ECDEU *Assessment Manual for Psychopharmacology*. Edited by G. W. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch. 217-222.
- \*Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010 a). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832-839.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., Vitaliano, P. P., Lynch, T. R., & Linehan, M. M. (2010 b). The dialectical behavior therapy ways of coping checklist: Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 563-582.
- \*Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., & Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1811-1820.



- Neumann, A., van Lier, P. A. C., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17, 138-149.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- \*Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., & Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder-description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 281-286.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factorial structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical Psychology*, 162, 883-889.
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M. J., Puigdemont, D., et Álvarez, E. (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): A scale sensible to detect changes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4), 229-235.
- Pfeffer, C.R., Klerman, G.L., Hurt, S.W., Lesser, M., Peskin, J.R., & Siefker, C.A. (1991). Suicidal children grow up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 609-616.
- Phillips, K. F. V., & Power, M. J. (2007). A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The regulation of emotions questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 145-156.
- Posner, K., Glenn, A. M., Stanley, B., Oquendo, M., & Gould, M. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectrums*, 12, 156-162.
- Prendergast, N., & McCausland, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: A 12-month collaborative program in a local community setting. *Behaviour Change*, 24, 25-35.
- \*Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, P., & Zinkler, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: A pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 356-365.

- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 712.
- \*Prunetti, E., Framba, R., Barone, L., Fiore, D., Sera, F., & Liotti, G. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychotherapy Research*, 18(1), 28-36.
- Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children (K-SADS)*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1445-1452.
- Rathner, G. & Waldherr, K. (1997). Eating Disorder Inventory-2: Eine deutschsprachige Validierung mit Normen für weibliche und männliche Jugendliche [Validation en langue allemande et normes pour les adolescents et adolescentes]. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 157-182.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (1995a). *Life Problems Inventory*. Unpublished manuscript, Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY.
- \*Rathus, J. H., & Miller, A. L. (1995b). *DBT Skills Rating Scale for adolescents*. Unpublished manuscript, Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 846-851.
- Reynolds, W. M. (1987 a). *Suicidal Ideation Questionnaire, Professional Manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.

- Reynolds, W. M. (1987 b). *Reynolds adolescent depression scale: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rosenthal, R. (2003). Covert Communication in Laboratories, Classrooms, and the Truly Real World. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 151-154.
- Runeson, B.S., Beskow, J., & Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35-42.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- \*Safer, D. L., Lock, J., & Couturier, J. L. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 157-167
- \*Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 415-425.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: APA Books.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003) *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision; DSM-IV-TR*. [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, révision de textes du DSM-IV]. Göttingen, Deutschland: Hogrefe-Verlag.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., & Fitzpatrick, K. K. (2006). Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 263-280.
- \*Schnell, K., & Herpertz, S. C. (2007). Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41(10), 837-847.



- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1982). Suicide Ideation in a college population. *Journal of Consulting Psychology, 50*, 690-696.
- Schreurs, P. J. G., van den Willige, G., Tellegen, B., & Brosschot, J. F. (1988). *Handleiding Utrechtse Copinglijst: UCL*. Lisse, Deutschland: Swets et Zeitlinger.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its application. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 238-261.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH diagnostic interview schedule for children, Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences, from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 28-38.
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry, 142*(9), 1061-1064.
- Shafii, M., Stelz-Lenarsky, J., McCue-Derrick, A., Beckner, C., & Whittinghil, J. R. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders, 15*, 227-233.
- \*Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy—Corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24*(2), 105-113.
- Simons, J.S., & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*, 83-102.
- \*Simpson, E. B., Yen, S., Costello, E., Rosen, K., Begin, A., Pistorello, J., & Pearlstein, T. (2004). Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 379-385.
- Snaith, R. P. & Zigmond, A. S. (1994). *Manual for the Irritability-Depression-Anxiety Scale*. Windsor, UK: NFER Nelson.

- \*Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353-358.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., & Cornelius, J. R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1316-1323.
- Spielberger, C.D., Gorssuch, R.L., Lushene, P.R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Mountain view, CA : Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G. A., Russell, S., & Crane, R. S. (1983) *Assessment of anger: the State-Trait Anger Scale*. In Butcher J. N., Spielberger C. D. (eds.) *Advances in Personality Assessment, II* (pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G. A., Russell, S., & Crane, R. S. (1983 b). The experience and expression of anger: Construction and Validation of an anger expression scale. In M. A. Chesney et R. H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility, in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 5-30). New York, NY: McGraw-Hill/Hemisphere.
- Spielberger, C. D. (1988). *State-Trait-Anger-Expression-Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Steinsmeier-Pelster J, Schürmann M, Duda K (2000) *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ): Handanweisung* (2nd ed.) [Inventaire de la dépression pour les enfants et les adolescents]. Göttingen, Deutschland: Hogrefe-Verlag.
- \*Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 549-563.
- \*Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J. D., & Dulit, R. (2007). Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research*, 11(4), 337-341.
- Storck, J. (1977). *Fragebogentest zur beurteilung der suizidgafahr* [Questionnaire sur l'évaluation du risque suicidaire]. Salzburg, Deutschland: Otto Müller Verlag.



- \*Sunseri, P. A. (2004). Preliminary outcomes on the use of dialectical behavior therapy to reduce hospitalization among adolescents in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 21(4), 59-76.
- Thompson, R. J., & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323-334.
- Tolin, D. F., Diefenbach, G. J., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Moore, P., Piacentini, J., Stein, D. J., Woods, Douglas, W. (2008). The trichotillomania scale for children: Development and validation. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 331-349.
- Tracy, R. J., & Rankin, E. F., Jr. (1967). Methods of computing and evaluating residual gain scores in the reading program. *Journal of Reading*, 10(6), 363-371.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235-253.
- \*Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B., & Boesky, L. (2002). Effectiveness of dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.
- \*Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. / Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- \*van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241.
- \*van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923.

- \*van Goethem, A., Mulders, D., Muris, M., Arntz, A., & Egger, J. (2012). Reduction of self-injury and improvement of coping behaviour during dialectal behaviour therapy (DBT) of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology et Psychological Therapy*, 12(1), 21-34.
- \*Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McKee, L. G., & Zvolensky, M. J. (2010). Incremental validity of mindfulness skills in relation to emotional dysregulation among a young adult community sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(3), 203-213.
- Wallace, B. A. (1998). *Balancing the Mind*. New-York, NY: Snow Lion Publications.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and Western psychology. *American Psychologist*, 61(7), 690-701.
- \*Wasser, T., Tyler, R., McIlhaney, K., Taplin, R., & Henderson, L. (2008). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) versus Standard Therapeutic Milieu (STM) in a cohort of adolescents receiving residential treatment. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 4(2), 114-125.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). *Assessment of social adjustment by patient self-report*. Arch Gen Psychiatry, 33, 1111-1115.
- Weissman, M. M., & Paykel, E. S. (1974) *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*. Chicago, Il: University of Chicago Press.

- \*Welch, S. S., & Kim, J. (2012). DBT-Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescent Trichotillomania: An adolescent case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(3), 483-493.
- Williams, E. R., & Akridge, R. L. (1996). The Responsible Assertion Scale: Development and evaluation of psychometric qualities. *Vocational Evaluation et Work Adjustment Bulletin, 29*(1), 19-23.
- Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research, 28*, 57-84.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behaviour therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. New York, NY: Pergamon Press.
- \*Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 277-286.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry, 143*, 35-39.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*, 827-832.
- Zanarini M. C., Gunderson J. G., Frankenburg F.R., & Chauncey D. L. (1989) The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*, 10-18.
- Zanarini, M.C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R., & Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 17*, 233-242.
- Zeman, J., & Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development, 67*, 957-973.